

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor:** DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**Secretário:** ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

**Assinatura:** por 1 ano Cr\$ 50,00 — Número avulso Cr\$ 5,00

OL. XLVIII

Outubro de 1944

N. 4

## Sumário:

	Pág.
Considerações epidemiológicas a respeito do tifo exantemático em São Paulo — BRUNO RANGEL PESTANA.....	287
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	349
Associação Paulista de Medicina.....	350
Higiene, Moléstias Tropicais e Infecciosas.....	350
Neuropsiquiatria.....	351
Cirurgia.....	352
Demartologia e Sifilografia.....	367
Pediatria.....	377
Sociedade Médica São Lucas.....	378
Sociedade de Oftalmologia.....	379
Centro de Estudos Franco da Rocha.....	380
Instituto Adolfo Lutz.....	383
Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul.....	384
Rotary Club de Santos.....	389
Outras Sociedades.....	389
<b>Literatura Médica.....</b>	398
<b>Imprensa Médica de São Paulo.....</b>	399
<b>Vida Médica de São Paulo.....</b>	403
Distinções.....	403
Sociedade Brasileira de Cardiologia.....	404
Sociedade Paulista de Leprologia.....	404

# Triod Zambelletti

**Preparado organico tri-iodo-asotado**

Máxima eficiência curativa - Destacado neurotropismo - Ausência de retenção - Perfeita tolerância local e geral.

**INDICAÇÃO:** Artrítismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções parasiticas - Intoxicações exógenas e endógenas também dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069**  
**SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

## GENCITROPINA LABOTHERPE

*Formula:*

CADA DRAGEA CONTEM:	ADULTOS	INFANTIL
Violeta de genciana . . .	0,06 g	0,02 g
Arrenal . . . . .	0,03 g	0,01 g
Sulfato de atropina . . .	0,00024 g	0,00008 g
Excipiente q.s. para 1 dragea	gastro-refratária	

**INDICAÇÕES:** Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.**  
**CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**



A  
M

As  
Va

C

obs

Est  
o F  
bac  
tico

Hos  
estu  
hoje

Mor

Gua  
em

Ros

qua  
dico



# Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso. . . Cr \$ 5,00

Vol. XLVIII

Outubro de 1944

N. 4

## Considerações epidemiológicas a respeito do tifo exantemático em São Paulo

**Bruno Rangel Pestana**

*Chefe da Sub-divisão do Instituto Adolfo Lutz, Laboratório Central de Saúde Pública do Estado de São Paulo, Brasil*

Casos de tifo exantemático, em diferentes épocas, têm sido observados em São Paulo, nos últimos cinquenta anos.

Moléstia provavelmente importada, por meio de imigrantes. Esta somente despertava interesse quando removido o doente para o Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", os clínicos dali e os bacteriologistas do Instituto Bacteriológico firmavam tal diagnóstico (1900).

Citamos apenas três casos dos que figuram nos registros do Hospital de Isolamento, os quais julgamos interessantes para os estudos epidemiológicos que vamos fazer do mal em questão, hoje espalhado por quase todo o Estado de São Paulo.

I — Doente S. G., 10 anos, brasileiro; removido da Rua Monte Alegre, em 17 de junho de 1920. Curado.

II — Doente J. M., 11 anos, brasileiro; removido da rua Guajará (Vila Mazei), em 24 de agosto de 1924 e que faleceu em 15 de setembro de 1924.

III — Doente V. A. D., 50 anos, removido da rua Santa Rosa, em 20 de novembro de 1927. Curado.

Nos três casos a reação de Weil-Felix, foi positiva sendo o quadro clínico de tifo exantemático, segundo a opinião dos médicos do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas".

A *rua Monte Alegre, (Perdizes)* confina com a *rua Tefé, Sumaré*, um dos pontos da cidade de São Paulo mais atacados pelo tifo exantemático e onde existe vasto depósito de lixo, lugar de grande quantidade de ratos. Foco principal da moléstia, pois em 1929 foram registrados 4 casos na *rua Tefé* e 1 na *rua Berlim* e, em 1930 1 na *rua Beleza* n. 24 e 1 na *rua Cardoso de Almeida*, tôdas perto da *rua Monte Alegre*, rua em que o mal se repetiu em casa bem próxima em 1938, tendo o doente se restabelecido.

A *rua Guajará (Vila Mazzei)* é de zona chamada rural, com pastos, grande quantidade de animais e carrapatos, (*Amblyoma cayennense e striatum*), não havendo depósito de lixo; não foram registrados novos casos nessa zona

A *rua Santa Rosa (Braz)* é zona de armazens, principalmente de gêneros alimentícios, com grande quantidade de ratos e pulgas. Atualmente tida como um dos focos da moléstia, pois em 1929 foi registrado um caso removido da *rua Luiz Pacheco, 8-A* (18 de novembro de 1929), de rapaz que trabalhava à *rua Santa Rosa* n. 100. Outro doente foi removido em 1930, da *rua Moisés Marx*, mas trabalhava também à *rua Santa Rosa* n. 98. Diversos têm sido verificados nessa zona e, recentemente, Sales Gomes, relatou 2 casos dessa procedencia (1-4). Interessante é salientar que todos os removidos dessa zona ou que tem ligação com ela constituem casos benignos.

O aparecimento de 1 caso na *rua Cristiano Viana* n. 143, *Vila Cerqueira Cesar*, em 1929, seguido de 4 no *Sumaré*, e mais 12 nesta zona em menos de 2 mezes, todos de forma grave e mortal despertou a atenção dos clínicos do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas" e dos nossos cientistas e higienistas. Verificaram-se depois, casos novos em lugares extremos da cidade de São Paulo, onde talvez em outras épocas a moléstia já existisse e houvesse passado despercebida. Assim, em 1930 registrou-se um caso na *Estrada de Cotia*, outro na *Estrada do Bom Sucesso*, 2 em *São Bernardo* e mais 1 em *Itaquaquecetuba*.

Não résta dúvida, portanto, que a moléstia já estava nessa época espalhada, sem que a percebessem os clínicos e higienistas, pois, como relata Toledo Piza em sua monografia, 90 % dos casos foram removidos para o Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", com o diagnóstico de *fébre tifóide*, o que continuou a se dar com a maioria dos casos posteriores.

Diversos trabalhos foram feitos nessa época sobre virus, aspecto clínico, anatomia patológica e epidemiolôgia (Toledo Piza, J. R. Meyer, Sales Gomes, Lemos Monteiro, Flávio Fonseca, Alcides Prado, Carvalho Lima, Parker, Dyer, Saborido, Borges Vieira, Mesquita, Travassos, e Esquibel).

Todos que estudaram a moléstia sob o aspecto etiológico, clínico e epidemiológico são de opinião que constitue uma modalidade da Febre Maculosa das Montanhas Rochosas e transmitida por carrapatos.

Estabelecido mesmo ficou que se trata de "um tifo exantemático especial observado em São Paulo", conforme a opinião do professor Rocha Lima. Por Samuel Libanio foi proposto para essa modalidade e para a que graça em Minas Gerais o nome *Febre Maculosa Brasileira*.

"A quase totalidade dos casos localizou-se numa faixa que circunda a cidade de São Paulo, apresentando os caracteres da zona rural. Alguns foram em plena zona rural. Excepcionalmente na cidade", segundo os estudos epidemiológicos de Piza, Meyer e Gomes.

Borges Vieira e Mesquita, estudando a epidemiologia do mal, acham que sua "prevalência" é nos meios rurais e semi-rurais.

Lemos Monteiro, Fonseca e Prado dizem que "ocorrendo o maior numero de casos de *typhus* nas zonas rurais e suburbanas onde se reveste de particular gravidade, zonas estas nas quais não são encontradas pulgas parasitando os ratos, somos forçados a concluir que é pequena a probabilidade de serem as pulgas dos ratos os transmissores habituais do *typhus* observado nessas zonas. Existindo entretanto, *as pulgas em abundância nos ratos da zona urbana*, onde o tifo também ocorre, se bem que mais raramente e talvez sob a forma mais benigna, torna-se aceitavel a hipótese de representarem o papel de transmissores na infecção na zona urbana".

Estudando os diversos transmissores prováveis, Monteiro, Fonseca e Prado não conseguiram infectar cobaias com pulgas, piolhos, percevejos e carrapatos colhidos em doentes e nas casas destes. Lembram, no entanto, a hipótese de poder o *Lyponyssus bacoti*, acariano que parasita o rato e intensamente a prêa (*Cavea aperea*), ser o transmissor do tifo exantemático em São Paulo.

Examinaram 13 *Amblyoma ovale* (striatum?) e 4 *Rhipicephalus sanguinis* colhidos em casas onde se deram casos da moléstia, não tendo conseguido infectar cobaias.

Meyer e Saborido demonstram a possibilidade de piolho da cabeça, *P. capitis* transmitir o virus do tifo exantemático, pois, por inoculação de piolhos colhidos na cabeça de um doente, conseguiram infectar cobaias, verificando a presença de Rickettsias.

Sales Gomes trouxe da zona do Sumaré, na Estrada Augusta, de casa de onde havia sido removido um doente, 5 carrapatos: 2 colhidos de cavalo e 3 de cão. Estes exemplares es-

tavam adultos e repletos de sangue, tendo sido classificados como *Amblyoma striatum*. Sales Gomes fez experiências para demonstrar a possível transmissão do vírus, inoculando-os em cobaias, conforme trabalho publicado no Brasil Médico, 1933; conclue ter provado experimentalmente a transmissão do tifo exantemático em São Paulo, sob condições naturais pelo *Amblyoma striatum*.

Travassos confirma as experiências de Sales Gomes, investigando 85 carrapatos colhidos em um terreno perto do Cemitério do Araçá, *Sumaré*, zona infectada. Diz ter conseguido infectar cobaias somente de um grupo de 5 fêmeas, das quais existia uma naturalmente infectada pelo vírus do tifo exantemático. Acha ser reservatório do vírus a gambá (*Didelphis paraguayensis*); dela isolou vírus que julgou ser do tifo exantemático de São Paulo.

Otávio Magalhães, porém, que muito tem trabalhado sobre o tifo exantemático em Minas Gerais, assim se refere ao vírus por ele isolado de diversos animais: "Chamamos atenção dos experimentadores brasileiros para dois micróbios que insulamos dos animais em experiência. O primeiro é o tipo do vírus patogênico para coelhos e cobaias, transmissível pelo sangue e que mata assustadoramente esses pequenos animais de laboratório. Ele se mascara pelo aspecto septicêmico das lesões e muito dificulta os trabalhos com o tifo exantemático de Minas Gerais. Temos a impressão que são de fato, 2 tipos de vírus, próximos pelas qualidades biológicas mas particularmente patogênicos para cobaias e coelhos. O segundo é um micróbio insulado dos gambás, altamente patogênico pela via intra-peritoneal e que produz uma moléstia semelhante ao tifo experimental na cobaia".

Travassos acha ainda possível ser o cão reservatório do vírus, porém de 4 cães do *Sumaré* dos quais foram tirados carrapatos que verificou estarem infectados, não conseguiu isolar vírus; também não conseguiu demonstrar a imunidade desses cães para o vírus do tifo exantemático de São Paulo.

Estudando a sensibilidade do cão ao vírus de São Paulo, verificou que mesmo com amostra muito virulenta o cão não reage, aparentemente.

O rato, no entanto, tem sido desde o início incriminado como um dos possíveis reservatórios de vírus (Piza, Meyer, Sales Gomes, Borges Vieira e Mesquita, Monteiro, Fonseca e Prado).

Travassos tratando das *doenças do tifo exantemático*, nos Arquivos de Higiene, 1938, a pág. 271, assim diz: "Há, contudo, probabilidade de virem a ser assinalados casos esporádicos de tifus murino, em São Paulo, por isso que já tem sido encontrados ratos naturalmente infectados pelos vírus da riquetsiose murina".

Nesse mesmo trabalho, a pag. 274, se contradiz quanto à possibilidade de ser o rato o depositário do vírus entre nós, dizendo:

*"O rato (Epymis norvegicus) até agora não foi encontrado como depositário natural do vírus".*

E' interessante aqui citar as experiências feitas por Lemos Monteiro, Fonseca e Prado, com 128 ratos capturados na zona suburbana ou rural e 24 na zona urbana em casas de onde haviam saído casos confirmados ou em suas proximidades.

Conseguiram demonstrar a presença do vírus nos ratos (*Epymis norvegicus*) capturados na rua Futuro, em Vila Madalena, na Estrada de Cotia e na Rua Oscar Freire. Isolaram também, um vírus de rato em casa da rua Florida (Braz), onde se deram casos do mal.

Estudaram mais tarde esse vírus Monteiro e Fonseca, os quais acham que o vírus por eles isolado de ratos mais se aproxima, pelos caracteres da infecção das cobaia, do tifo clássico do Velho Mundo, e, assim concluem:

*"No pé em que se encontra o problema seria lícito perguntar, como já fizemos de um modo mais geral no início deste trabalho, se não ocorrerá entre nós uma outra modalidade de febre exantemática, de origem murina e de cuja transmissão se poderiam incriminar os pulicídeos. Essa hipótese, à qual somos levados pelos resultados das pesquisas experimentais do vírus por nós isolado dos ratos é até certo ponto reforçada pela positividade, relativamente frequente da reação de Weil-Felix em indivíduos aqui residentes. Acolhendo-a fazêmo-la sob reservas exigidas ainda pela falta de uma experimentação mais abundante, incluídas as provas de imunidade cruzada entre o vírus por nós isolado e os das demais febres exantemáticas".*

Recentemente Sales Gomes, em trabalho publicado na Revista do Instituto Adolfo Lutz (1941), relata 4 casos prováveis de tifo exantemático do tipo murino ou endêmico em São Paulo, considerados os dados epidemiológicos, a observação clínica e as provas sorológicas. As provas experimentais e imunológicas não foram levadas a termo por perda do vírus, conforme salienta Sales Gomes. Pergunta se os casos relatados poderiam ser ligados à possível existência do tifo murino no interior ou então a uma variante mais benigna, mais rural e difusa do tifo exantemático de São Paulo, "como acontece com a febre exantemática das Montanhas Rochosas da América do Norte".

Assim, ficou novamente estabelecida a hipótese de L. Monteiro da existência em São Paulo, quer na cidade, quer no interior, de duas modalidades de vírus — o transmitido por carrapatos ou por pulgas e o da 2.<sup>a</sup> hipótese de Sales Gomes, isto é, uma variante do transmitido pelo carrapato, "mais benigna, mais rural e difusa".

Demonstrou-se experimentalmente poder um acaro ou um inseto, transmitir a moléstia, porém não ficou provado que seja

um *acaros* ou um *inseto* o transmissor em condições naturais no Estado de São Paulo.

Não demonstraram Travassos e Sales Gomes que o carrapato em condições naturais transmite o vírus do tifo exantemático de São Paulo, assim como Meyer e Saborido quantos aos piolhos, porque *não* provaram que os vírus por eles isolados são imunologicamente idênticos quantitativa e qualitativamente ao da moléstia que reina em S. Paulo. Isolar o vírus, "reproduzir nas cobaias o quadro febril típico do tifo exantemático", encontrar Rickettsias, verificar ter o vírus relações imunológicas com os das demais febres exantemáticas, não é demonstrar a sua *identidade*.

A presença de Rickettsias nem sempre prova que sejam do tifo exantemático. Sabemos que podem ser encontradas em insetos, acaros e mesmo em cobaias normais, conforme as experiências de Nicolle e Jean Laigret.

O sinal de Neil-Mooser pode ser produzido por outros fatores (Salmonelas e toxoplasmas), conforme demonstraram Raynal e Fournier; idem quanto ao quadro febril na cobaia.

Isolou-se (Lemos Monteiro) de doente, um vírus que pelos estudos de Lemos Monteiro, Dyer, Davis e Parker, tinha relações imunológicas do grupo da moléstia por acaros: *Rocky Mountain Spotted Fever*, porém até hoje ninguém provou a presença do vírus do tipo murino em casos de moléstia registrados no Estado de São Paulo.

Lemos Monteiro, estudando o vírus por ele isolado assim diz:

"Será finalmente necessário estudar imunologicamente as infecções deste grupo, de acordo com o critério estabelecido por Nicolle e Laigret para as infecções do *typhus* e também realizar a prova de imunização sob um *critério quantitativo*, isto é, quanto às doses mínimas infectantes dos vírus respectivos, assim como provas de proteção com os respectivos sêros imunes e outros que nos dariam os detalhes e nuances imunológicas, como a reação do desvio do complemento (estudo que já iniciamos com J. Travassos) etc., pelos quais se distinguiriam as infecções componentes de cada grupo da família exantemática ou rickettsioses".

Damos abaixo o comentário de Nicolle e Laigret sobre certas falhas da imunização cruzada.

"On sait l'intérêt que présente la recherche des immunités croissées pour la distinction, entre elles, des maladies infectieuses voisines ou de virus voisins, entre eux. Son emploi est très général. On doit à cette méthode des enseignements précieux.

Il semble que la facilité de cet emploi et la commodité des renseignements qu'il donne portent trop souvent les chercheurs, pressés de publier les résultats d'hatives expériences à négliger



*des précautions et des donnés que commandent la conscience et la prudence.*

Il est certes intéressant de constater qu'un animal, guéri d'une infection, s'infet per le moyen d'un autre virus dès le premier jour de sa convalescence; c'est-à-dire, s'agit d'une maladie, dès le jour même où la fièvre a pris fin. Se contenter de cette expérience pour affirmer que la première maladie n'a pas vacciné contre l'autre est apporter une conclusion étendue où il n'y a que constatation d'un fait étroit. *Lorsqu'il s'agit, en outre, d'un essai unique, le jugement qu'on en tire est audacieux.* Cependant nous voyons trancher ainsi de questions délicates.

Dans le cas inverse, celui où l'animal, éprouvé pour la seconde fois, ne réagit pas, l'experimentateur hâbit n'est pas autorisé d'avantage à conclure. Il l'est même moins; car, dans beaucoup de maladies infectieuses, il y a lieu, en cas de constatation négatives, de tenir compte de l'existence, toujours possible, de formes inapparentes. Il est donc prudent de greffer, sur la première expérience, des expériences de contrôle qui, seules, peuvent donner une certitude et qui demandent du temps".

Morton C. Kahn (1942) assim se refere à prova de imunidade entre o vírus da moléstia no Estado de São Paulo e o da Rocky Mountain Spotted Fever:

"Some authorities believe that Rocky Mountain Spotted Fever is the same as the typhus of São Paulo and fièvre boutonneuse, even though no cross immunization has been resported".

São de Parker e Gordon Davis as seguintes considerações a respeito das relações imunológicas entre o vírus da moléstia que reina no Estado de São Paulo e o da Rocky Mountain Spotted Fever:

"While these resultats suggest a close relationship of the viruses that are being compared, *they are not sufficient to establish identity.* Similar tests in the other direction and reciprocal crossimmunity tests should give further information of value of the relationship. In this connection, Felix (1933) has called attention to the group agglutinins for proteus X strains in certain diseases of the typhus group and has suggested that cross-immunity tests between two viruses which may contain a major antigenic component in common, but one of which contains a minor component lacking in the other, may fail to establish complete or even partial cross-immunity. It is, therefore, of interest that while sera at least some human cases of exanthematic typhus of São Paulo contain a minor agglutinins for OXK strains, these agglutinins, in a significant titer, have not been constantly encountered in sera of Rocky Mountain Spotted Fever. It may be, therefore, that although São Paulo immune sera have pro-

fective properties against the virus of spotted fever, spotted fever sera, on the other hand, may not protect against the virus of São Paulo disease. The results of such tests should be of considerable interest".

Sales Gomes (1941, Revista do Instituto Adolfo Lutz) estudando 4 casos *prováveis* de tifo murino (aglutinação para OX 19 a 1:400 e 1:6.400) diz ter isolado um vírus com o qual "*as provas de imunidade cruzada não puderam infelizmente ser realizadas pelo fato já referido de ter perdido nas passagens iniciais os vírus em estudo, isolados dos casos 2 e 3*".

O caso 3, Sales Gomes, deu aglutinação muito baixa com os proteus OX 19 (1:400). Ora, está estabelecido por todos os autores que no tifo murino essa aglutinação é bem alta. Acresce ainda, que a cobaia inoculada com o sangue do caso 3 apresentou numerosos *toxoplasmas*. Sabe-se que eles podem na cobaia dar quadro térmico semelhante ao do tifo e apresentar o sinal de Neil-Mooser, conforme Raynal e Fournier.

A reação térmica da cobaia do caso 2 também podia ter sido por toxoplasma, assim como o sinal de Neil-Mooser. Não há referência de *Rickettsia* na cobaia 1; *sacrificada, só revelou baço aumentado*.

Não foi ainda provada a existência do tifo murino no Estado de São Paulo; é necessário que sejam feitos estudos a respeito do vírus isolado de doentes e de ratos para depois se estabelecerem conclusões.

Não ficou provada, pois, a identidade *qualitativa e quantitativa* do vírus isolado de doentes da moléstia que reina no Estado de São Paulo com o da *Rocky Mountain Spotted Fever*; só se assentou existirem relações imunológicas entre os vírus dessas duas moléstias.

Não tendo sido feitas provas de imunidade e não se tendo isolado o vírus do tifo murino, como diagnosticar os casos dessa moléstia?

A aglutinação dos *Proteus* estabelecida por Felix é, sem dúvida, elemento de valor para se verificar a presença de um caso de tifo exantemático e, segundo admitem alguns autores, a sua diferenciação por grupos.

Henry Pinkerton (1939) no livro "*Virus and Rickettsiae Diseases*", quando trata, na página 823, do diagnóstico e classificação das moléstias produzidas por *Rickettsiae*, assim se exprime a respeito da reação de Weil-Felix:

"The Weil-Felix reaction is also of considerable diagnostic value. In typhus, we find agglutination in high titer with bacillus proteus O X 19 and in relatively low titer with OX K, while in spotted fever the agglutination is relatively low, ranging up to 1:400, with both OX 19 and OX K. This criterion becomes

unreliable in mild and atypical strains, however — precisely in those cases in which diagnostic problems arise”.

Morton C. Kahn, diz em seu livro “Public Health and Preventive Medicine”, (1942), páginas 395-396:

1 — Diagnosis.

a) Clinical symptoms are not suggestive until the exanthematous stage. They must be confirmed by laboratory tests, especially if the case is not typical, if typhus fever is not epidemic, or if other rickettsial infections may exist in the community.

b) Typhus fever can be differentiated from Rocky Mountain spotted fever and other diseases by laboratory tests.

(1) — The Weil-Felix reaction is specific for typhus and Rocky Mountain spotted fevers.

(b) The serum of typhus fever patients will agglutinate proteus “O” X 19 (unflagellated) in a titer of 1:100 to 1:200 after one week of illness. This titer continues to rise until defervescence. A titer as high as 1:40,000 has been reached. As tick-borne rickettsial infections may agglutinate B. proteus “O” X 19 in dilutions of 1:40 to 1:160, positive results below 1:200 are questionable”.

Tem sido esta reação, no Estado de São Paulo, elemento valioso para a descoberta de casos de tifo exantemático que no interior do Estado talvez passassem despercebidos, diagnosticados como gripe ou febre tifóide. Remetido o sangue para exame no Instituto Bacteriológico, hoje Laboratório Central de Saúde Pública, Instituto Adolfo Lutz, verificou-se ali, pela aglutinação alta do Proteus O X 19 (1:1.000 a 1:30.000) tratar-se de casos suspeitos de tifo exantemático. Então examinados pelos médicos de Departamento de Saúde, foram confirmadas pelo diagnóstico clínico.

Estudando a reação de Weil-Felix de 279 doentes do Hospital de Isolamento “Emílio Ribas”, dados que nos foram fornecidos pelo seu director Dr. José Augusto Arantes, vemos que em todos que se restabeleceram (75) a reação foi alta para o proteus OX 19, variando de 1:1.000 a 1:30.000; nos casos graves, mortais, a reação foi negativa, ou alcançou raramente o máximo de 1:1.000. A aglutinação da raça OX K algumas vezes positiva a 1:1.600 no máximo, em geral quando a aglutinação era alta para OX 19; na maioria das vezes, entretanto, a reação OX K era negativa.

Este fato está de acôrdo com o que sabemos sobre a presença de aglutininas no sangue dos doentes, pois, a medida que a moléstia se aproxima da cura o título de reação aumenta, podendo chegar a 1:50.000.

A aglutinação bem alta para o *Proteus* OX 19 fala em favor do tifo clássico ou murino, portanto transmitida por um inseto, pois em moléstias transmitidas por acaros ela nunca alcança o título de 1 para 20.000.

Davis e Parker, estudando a aglutinação de sangue de doentes da *Rocky Mountain Spotted Fever*, observaram que depois de 10 dias da moléstia é que a aglutinação dava títulos mais elevados (2.500 a 10.000), se bem que raramente, pois em 57 sangues examinados só encontraram um que deu o título de 1 para 10.000.

Justificando o fato de ter encontrado aglutinação altas para o *Proteus* OX 19 em casos que diagnosticam como febre exantemática transmitida por acaros, Piza e Sales Gomes (1932) assim se expressam:

"A reação de Weil-Felix, que constituia até bem pouco tempo elemento mais seguro para diagnóstico diferencial entre o tifo europeu e as outras febres exantemáticas, nada nos podia esclarecer nesse particular. *Ela já não tem o mesmo valor.* No tifo endêmico americano e na própria febre das Montanhas Rochosas ela dá resultados positivos e em títulos bem elevados". Entretanto, Sales Gomes escrevendo sobre a presença do tifo exantemático do tipo murino ou endêmico em São Paulo, na Revista do Instituto Adolfo Lutz, 1941, vol. n. 1, página n. 33, assim diz: "Ao par porém, destes dados epidemiológicos e clínicos desejamos juntar a prova de Weil-Felix, *tanto mais importante nos casos em apreço quando a vimos aumentar em seu título aglutinante, no curso da infecção (3 casos).*

Os três casos relatados por Sales Gomes, 1 e 2 alcançaram um título máximo de 1.600; o número 3, apenas 1 para 400. Esses títulos falam mais a favor de uma "variante mais benigna, mais rural e difusa" do tifo exantemático de São Paulo, como acontece com a febre exantemática das Montanhas Rochosas na América do Norte, do que de tifo murino.

Poderiam ser classificados como de tifo murino os casos citados por Piza e Sales Gomes em sua monografia, os quais no entanto, foram registrados como transmitidos por carrapatos:

N.º 8 — V. C., removido da rua Luiz Pacheco, 8-A; trabalhando à rua Santa Rosa, 100; aglutinação 1:10.000.

N.º 28 — M. P., removido da rua Dr. Moisés Marx, 28, trabalhando à rua Santa Rosa, 98; aglutinação 1:6.400.

N.º 41 — D. J., removido da rua Canuto Saraiva, 5 (Moóca); aglutinação 1:12.800.

N.º 42 — G. E. M., removido da rua Turiassú, 83-A, (Perdizes); aglutinação 1:6.400.

N.º 58 — V. P., removido da rua Florida, 19 (Braz), operário da Fábrica Matarazzo; aglutinação 1:6.400.

N.º 18 — F. C., removido da avenida Tiradentes, 248; perto do depósito de lixo; aglutinação 1:30.000.

Todos estes casos eram de doentes residentes ou trabalhando em zonas urbanas, focos de ratos e pulgas.

Estes casos, conforme se vê pela monografia de Piza, Sales Gomes e seus companheiros, falam mais a favor do tifo murino, pela sua aglutinação elevada, epidemiologia e aspecto clínico, que os 4 casos narrados por Sales Gomes, de aglutinação baixa 1:400 (caso 3) e 1:1.600 (casos 1, 2).

Atualmente se quer classificar os casos do Estado de São Paulo, quando benignos como *murino* e quando malignos como tifo transmitido por carrapatos, sem haver base científica para isso.

A gravidade dos casos ou a sua benignidade não é base científica para a classificação da moléstia, assim como a sua forma *epidêmica* ou *endêmica*, pois é sabido que o vírus murino pode produzir epidemias com alta mortalidade como foi observado no México.

Admite-se hoje que o vírus murino é uma adaptação do vírus clássico pela passagem no rato. As experiências de laboratório demonstram poder transformar pela passagem em animais o tipo murino para o tipo clássico e vice-versa.

O fato, porém, constatado é que nos casos de cura a aglutinação é sempre bem elevada (1.600 a 30.000) conforme observámos nos sôros de doentes removidos para o Hospital "Emílio Ribas" e nos casos malignos é negativa ou de baixo título, nunca passando de 1 para 1.000, tornando-se, então, às vezes de difícil interpretação para esclarecimentos do caso clínico.

Um outro fator importante admitido na diferenciação das moléstias transmitidas por *inseto* ou por *acaros* é a localização da *Rickettsia* na célula, estabelecida por Pinkerton, em sua classificação. Segundo este cientista, no tifo exantemático transmitido por *inseto* a *Rickettsia* não invade o núcleo, localizando-se no citoplasma da célula, enquanto que nas moléstias transmitidas por *acaros* ela invade o núcleo da célula.

Em colaboração com Piza e outros, Sales Gomes, em sua monografia (1932), assim se refere à localização das *Rickettsias*:

"Não encontramos micro-organismos intra-nucleares nas células de tecido conectivo, nas células gordurosas epiteliais e nas fibras musculares estriadas da região examinada". Isto, segundo a opinião de Pinkerton, Topley e Wilson, Zinger, Strong, Wolback e outros fala mais a respeito do tifo exantemático transmitido por *inseto*.



São evidentes, pois, as dúvidas quanto ao grupo em que deve ser colocado o tifo exantemático que reina no Estado de São Paulo e quanto ao modo como se transmite a moléstia: por *acaros* ou por *insetos*. Parece-nos, assim, interessante fazer algumas considerações sobre a epidemiologia dessa moléstia que se vem espalhando por todo o Estado.

Ao relatarmos as nossas observações queremos salientar que não afirmamos ser o tifo exantemático em São Paulo transmitido por *acaros* ou por *insetos*, mas queremos somente chamar a atenção para certos pontos de epidemiologia que ainda não foram esclarecidos e que precisam ser estudados, para podermos estabelecer a sua profilaxia em bases científicas.

Antes porém, de iniciarmos o nosso trabalho, torna-se necessário definir o que é zona urbana, suburbana e rural, pois lhes deram significação diversa do que está estabelecido, todos que estudaram a epidemiologia da moléstia. Assim, Toledo Piza, Meyer e Sales Gomes limitam-se a dizer que os casos "se deram em zona apresentando as características de zona rural. Alguns em plena zona rural". "Excepcionalmente na cidade".

"As denominações de urbana, suburbana e rural, por nós (Toledo Piza, Meyer e Sales Gomes) empregadas não devem ser interpretadas como correspondentes às divisões administrativas da cidade e do Estado, significando apenas o grau de densidade de habitação e o aspecto da zona em questão, fatores de importância no estudo que empreendemos".

Borges Vieira e Mesquita dizem que cerca de 15 % dos doentes residiam na zona urbana da cidade, perto de 20 % vinham da zona rural, enquanto que 52,3 % eram de zona suburbana. "Esta zona participa em grande parte das condições domiciliares das habitações das zonas rurais, sendo entremeiada de macegas ou vegetações silvestres, a diferença dizendo respeito apenas a uma maior densidade de população. Essa maior densidade de população explicará a maior incidência, outras condições de transmissão podendo ficar as mesmas, como a presença do vetor, do reservatório de vírus e do indivíduo susceptível. Mesmo os casos que sobrevieram na zona urbana se deram em domicílios próximos ou vizinhos a locais ainda não construídos, terrenos baldios, onde é comum a existência de ratos".

Estabelecemos para os nossos estudos as divisões administrativas da cidade de São Paulo. Cidade, chamaremos a parte compreendida das zonas urbana e suburbana, com seus respectivos distritos.

Zona rural só chamaremos a zona plantada fóra da Capital, porém no município de São Paulo, conforme o mapa.

O fato de existirem em uma zona terrenos baldios com solo coberto de vegetações rasteiras não é razão para ser cha-



mada rural, tanto que figura ela em grande parte como zona urbana da cidade, segundo a divisão feita pelo Estado.

O termo "*rural*" derivado do Latim "*rus*" — campo —, significa estritamente zona pertencente ao campo, distrito de uma cidade ou vila. Uma área *rural* é aquela em que as habitações são mais ou menos separadas em grande extensão, com campos ou zonas plantadas, com pequena densidade de população.

Os casos da moléstia registrados na cidade de São Paulo não foram em *zona rural e sim em zonas urbanas e suburbanas*, habitadas, com habitações esparsas ou densas e com terrenos baldios, existindo em alguns, capinzal e pequenas macegas. É interessante notar que, mesmo na parte da cidade em que a habitação é densa, os casos se registram perto de depósitos de lixo ou lugares preferidos pelos ratos. Maior número, porém, nas baixadas e brejos, onde existem córregos ou banhados, lugares onde em geral são feitos aterros com lixo e são procurados pelos ratos.

Estudando a localização dos casos da moléstia registrados no surto iniciado em 1929, observamos que os principais focos sempre apareceram perto de depósitos de lixo e cocheiras da limpeza pública, ou moinhos de trigo, portanto lugares de ratos.

Vemos que na zona de *Cerqueira César, Sumaré e Perdizes* os primeiros casos apareceram nas ruas *Cristiano Viana e Ardua Alvim*, perto de grandes depósitos de lixo, onde há muito rato. Reproduziram-se rapidamente, de rua em rua. As casas, em sua maioria, comunicavam-se pelos fundos, espalhando-se de um lado para o distrito de *Perdizes* até a rua *Turiassú*; por outro lado, para *Pinheiros* até *Butantã*.

O distrito de *Perdizes* está dividido em 2 zonas: numa estão situados os terrenos do *Sumaré e Campo da Escolástica*, onde a moléstia é grave, sendo os casos mortais em sua grande maioria (96 %); noutra, constituída pelos bairros *Perdizes e Vila Pompéia*, a maioria dos casos foram benignos, tendo os doentes se restabelecido (70 %).

Cumpre salientar que a zona de *Sumaré* confina com *Jardim América*, tendo sido verificado em 1929 o primeiro óbito da moléstia (rua *Cristiano Viana* n. 143). Na zona de *Perdizes* é que se observou um caso em 1925 (rua *Monte Alegre*); o doente se restabeleceu.

Tanto em uma zona, como na outra são encontrados carrapatos (*Amblyoma cayennense* e *Amblyoma striatum*). Grande quantidade de ratos também existe, principalmente na parte das *Perdizes* que confina com *Barra Funda*, foco de ratos bem conhecido pelo Serviço de Epidemiologia e Profilaxia Gerais, cuja índice de pulga pode alcançar 18.

# MAPA DEMONSTRATIVO DO NÚMERO DE CASOS NOS DISTRITOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

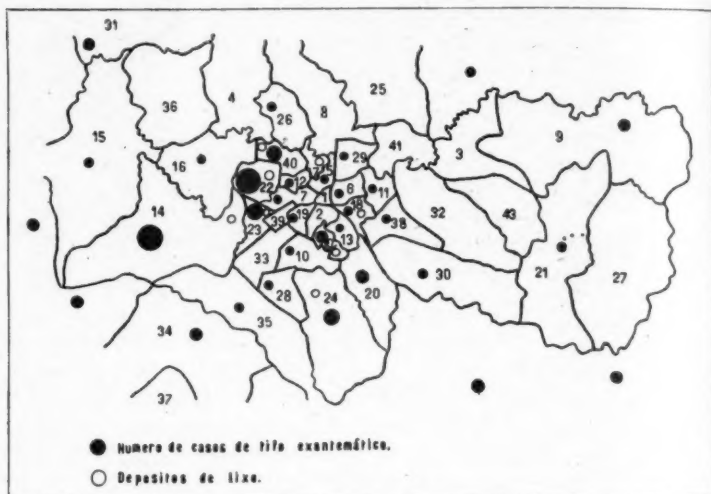


Fig. 1

## RELAÇÃO DOS DISTRITOS DO

N.º — Nome

- 1 — Sé  
2 — Liberdade  
3 — Penha de França  
4 — Nossa Senhora do O'í  
5 — Santa Efigênia  
6 — Braz  
7 — Consolação

N.º — Nome

- 8 — Sant'Ana  
9 — São Miguel  
10 — Vila Mariana  
11 — Belenzinho  
12 — Santa Cecília  
13 — Cambuci  
14 — Butantã

N.º — Nome

- 15 — Osasco  
16 — Lapa  
17 — Bom Retiro  
18 — Moóca  
19 — Bela Vista  
20 — Ipiranga  
21 — Itaquera

*Vila Pompéia* e parte de *Perdizes* se constituem por terrenos baldios com córregos e macegas, e há muitos animais (bovinos, caprinos, equídeos e cães); por esse motivo são também ditas *zona rural*, como se dá com os terrenos do *Sumaré*.

Será que os casos do *Sumaré* são devidos a carrapatos e os de *Vila Pompéia* e *Perdizes* são do tipo murino, como querem admitir?

Interessante é aqui notar que a zona onde se deram os casos no distrito de *Jardim América*, como demonstra o mapa, ficou limitada pela rua *Teodoro Sampaio*, não se estendendo por toda a área, que é bem grande e com terrenos baldios.

A zona mais atacada foi a que compreende parte do distrito de *Butantã*, parte do *Jardim América* e quase todo *Per-*  
16)

# MAPA DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TIFO EXANTEMÁTICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO



Fig. 2

## MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

N.º — Nome	N.º — Nome	N.º — Nome
28 — Indianópolis	29 — Pari	36 — Pirutuba
27 — Lageado	30 — Vila Prudente	37 — Socorro (Capela)
26 — Casa Verde	31 — Perús	38 — Alto da Moóca
25 — Tucuruvi	32 — Tatuapé	39 — Cerqueira César
24 — Saúde	33 — Jardim Paulista	40 — Barra Funda
23 — Jardim América	34 — Santo Amaro	41 — Vila Maria
22 — Perdizes	35 — Ibirapuéra	42 — Aclimação
		43 — Vila Matilde

dizes, limitada pelas ruas Teodoro Sampaio, Cardoso de Almeida, Turiassú, av. Pompéia, Córrego de Água Preta, Via Augusta e descendo pela rua Futuro até Pinheiros. Zona da cidade onde houve maior número de casos, pois nestes 10 anos foram registrados 85, o que corresponde a cerca de 50 % dos verificados na cidade de São Paulo, sendo 37 no distrito de Perdizes, 20 no do Jardim Paulista e 28 no de Butantã. Esta zona que tem sido chamada de rural, é quase toda urbana, constituída de casas esparsas, algumas vezes em densidade maior, situadas porém em baixadas com córregos e onde se fazem aterros com lixo. Os ratos são aí frequentes, tendo Lemos Monteiro, Fonseca e Prado isolado vírus de ratos capturados na rua Futuro, na Vila Madalena e na rua Oscar Freire (fócos da mo-

lêstia), virus êsse que para Monteiro e Fonseca “mais se aproximava ao do tifo clássico de velho mundo”.

Segundo as nossas observações, no *Jardim América*, na zona que é da moléstia os cães são raros, assim como os carrapatos: *Amblyoma striatum* e *cayennense*, principalmente a ultima espécie que mais ataca o homem.

Cumpre notar que no distrito do *Jardim América*, uma parte cuja linha de separação é a rua *Teodoro Sampaio*, não foi invadida pela moléstia, como já salientámos acima, apesar dos cães vaguearem por lá com o *Amblyoma striatum*. A parte entre *Teodoro Sampaio* e o *Jardim Paulista* não foi invadida pela moléstia; o mesmo não se deu com a parte que vai de *Teodoro Sampaio* para os lados de *Sumaré* e *Vila Madalena*, onde foram registrados nestes 10 anos, 20 casos e onde se fazem aterros com lixo.

No distrito de *Jardim América* a moléstia desapareceu desde 1937, porque os aterros com lixo cessaram desde essa época e, portanto, uma campanha contra os ratos foi feita. O cão lá continua com o *Amblyoma striatum* como tivemos ocasião de verificar. Apareceram, no entanto, novos casos no *Sumaré*, onde os depósitos de lixo passaram a ser feitos.

O mesmo fato acontece com o outro lado que contorna essa parte: *Butantã*, *Jardim América* e *Perdizes*. E' o distrito da *Lapa*, lugar alto, sem depósito de lixo ou aterros, onde os ratos são raros. E' zona de pastos, com macegas e capinzais, com grande quantidade de animais e onde há muito carrapato, principalmente o *Amblyoma striatum* e *cayennense*. Salientamos ainda, que foi no limite dessa zona (*Estrada Augusta*) que Sales Gomes encontrou carrapatos infectados, assim como Travassos (*Sumaré*).

Localizado no *alto da Lapa*, próximo do cemitério, fica o banheiro carrapaticida que banha todos os animais das zonas do foco do mal: *Estrada Pinheiros* até *Vila Madalena*, *Campo Escolástica*, *Sumaré* e *Perdizes*. De 1934 a 1937 tinham passado por essa zona (*Lapa*) para serem banhados, 58.046 animais vindo do foco do mal, cheios de carrapatos naturalmente infectados e, no entanto, a moléstia não foi registrada no distrito da *Lapa* a não ser um caso em 1929, no lado oposto, separado pelas estradas de ferro São Paulo Railway e Sorocabana.

O caso registrado em 1929 foi na rua Felix Guilherme, 101, casa próxima a um depósito de lixo; em 1941, 12 anos depois, um outro caso é registrado na mesma rua, na casa 164. Era um operário da I. R. Matarazzo situada à rua Florida, 77, lugar em que existe grande número de ratos.

A densidade da população do *Alto da Lapa* é a mesma das outras zonas onde se tem registrado a moléstia.

Assim, é interessante que a moléstia se limite a uma zona relativamente restrita, quando no entanto, o transmissor infectado existe em maior abundância nas zonas limitrofes desta. Não se compreende como indivíduos que por ela passam na época em que grande quantidade de carrapatos ataca o homem, não se contaminam e não adoecem.

E' inadmissível que existindo carrapatos infectados com tanta frequência, não sejam eles levados da zona infestada para a Lapa, pois, o movimento de animais aí é bem grande. Os animais que vão ao banheiro (cavalos e cães) transportando o vírus da zona *Sumaré, Perdizes, Campo Escolástica e Butantã*, são numerosos; portanto, caindo os carrapatos nos capinzais da Lapa, aí deveriam se multiplicar e transmitir a moléstia, pois a transmissão é hereditária. No entanto, na zona do distrito da Lapa, onde está o banheiro carrapaticida, não foi registrado um só caso da moléstia, apesar dos animais ali transitarem levando os carrapatos infectados da Estrada Augusta (Sales Gomes) e Sumaré (Travassos).

Existindo carrapatos infectados na *Estrada Augusta* e *Sumaré* não se compreende como é que atravessando grande número de indivíduos moradores dessas zonas, e que são atacados pelas larvas de *Amblyoma cayennense*, não apanham essa moléstia.

Uma outra zona também dita rural ou semi-rural, um dos focos, é a que está localizada na *Aclimação* (Jardim Glória), perto de um grande depósito de lixo; é baixa, próxima de um córrego onde há também ratos em quantidade. Esta zona que se espalha até a Estrada de Ferro São Paulo Railway, de outro lado se confina com o Jardim Paulista descendo pelo Brooklin Paulista, Indianópolis, Parque Jabaquara, Parque da Água Funda até João Climaco, confinando com São Caetano, compreendendo os distritos de Aclimação, Cambucí, Saúde, Vila Mariana, Indianópolis, Ibirapuéra. Nela se registraram nestes 10 anos 40 casos, ou 25 % dos casos da cidade de São Paulo, sendo 9 na Aclimação, 2 no Cambucí, 7 no Ipiranga, 12 em Saúde, 3 na Vila Mariana, 5 em Indianópolis e 2 em Ibirapuéra. E' constituída essa zona por casas esparsas, com terrenos baldios, com córregos, brêjos e depósitos de lixo. Justamente nas baixadas e banhados e junto a depósitos de lixo, lugares de ratos, é que se registram os casos do mal. Nessa zona o índice de pulga alcança a 13, à Rua Domingos de Morais, 425.

Uma outra zona atacada é a que fica limitada por Cardoso de Almeida, av. Dr. Arnaldo, av. Angélica, Martim Francisco, Al. Gléte até a Estrada de Ferro Sorocabana, rua Maria, rua do Gazômetro, rua Piratininga, rua 21 de Abril, Marcos Arruda, descendo pelo Tietê ao corrego de Água Branca, av. Água Branca até Cardoso de Almeida.

NÚMERO DE CASOS ANUAIS NOS DISTRITOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO E QUE FORAM  
REMOVEDOS PARA O HOSPITAL "EMÍLIO RIBAS"

DISTRITOS	A N O S												TOTAL
	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	
23 - Jardim América.....	9	2	—	1	4	—	3	—	1	—	—	—	20
22 - Perdizes.....	4	2	5	3	7	4	2	1	4	3	1	1	37
16 - Lapa.....	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2
5 - Santa Efigênia.....	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
12 - Santa Cecília.....	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	4
42 - Adimação.....	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	4
38 - Alto Moóca.....	—	1	4	—	—	—	—	—	—	—	2	—	9
40 - Barra Funda.....	—	—	2	—	3	1	—	—	—	—	1	—	5
6 - Braz.....	—	—	2	1	—	—	1	—	—	—	—	1	8
24 - Saúde.....	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—	5
7 - Consolação.....	—	—	1	1	—	4	1	1	—	2	—	—	12
18 - Moóca.....	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2
19 - Bela Vista.....	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2
20 - Ipiranga.....	—	—	—	—	2	1	—	1	—	—	—	—	2
10 - Vila Mariana.....	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	7
26 - Casa Verde.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3
28 - Indianópolis.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1
11 - Belenzinho.....	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	5
13 - Cambuci.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2
29 - Pari.....	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
14 - Butantan.....	—	6	12	1	6	1	—	—	—	—	—	—	28
30 - Villa Prudente.....	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	1	1



Esta área, situada na zona urbana, compreende os distritos de Consolação, Santa Cecília, Barra Funda, Bom Retiro, Santa Efigênia, Braz, Pari e é constituída pela zona mais densa da cidade.

No distrito da Consolação a moléstia se localizou na área limitada entre av. Angélica e Sumaré e que fica atrás do cemitério. Aí se deram alguns casos. E' zona também de terrenos baldios e com pequenas macegas e casas isoladas, encontrando-se carrapatos em cavalos e em cães; nos primeiros, *Amblyoma cayennense* e nos últimos *Amblyoma striatum*. Também pudemos observar existirem aí muitos ratos. No outro lado do distrito, onde as habitações são densas, não foi registrado nenhum caso.

*Santa Cecília* é distrito constituído por habitações, não existindo aí terrenos baldios. Registraram-se 4 casos.

*Barra Funda*, um dos distritos dessa zona onde a moléstia maior número de casos fez (8) nestes 10 anos, poderia ser dividido em duas partes: uma confinando com Perdizes pela Água Branca e com Santa Cecília pela av. São João; outra descendo pela Al. Eduardo Prado até a Estrada de Ferro Sorocabana, que a separa do rio Tietê. A primeira, onde se deram os casos, é constituída por edificações compactas e armazens onde os ratos são abundantes e o índice de pulga é bem elevado, tanto que o Serviço de Epidemiologia aí mantém uma campanha sistemática contra o rato, por ter sido foco de peste bubônica; não há carrapatos e os poucos cães existentes também os não tem, ou são raramente encontrados. No entanto, na segunda, constituída por habitações esparsas, cheia de macegas e mato onde existe grande quantidade de animais e carrapatos, não foi registrado um só caso da moléstia.

*Bom Retiro*. Em 1940 registrou-se um caso. Zona com depósito de lixo, foco de rato, índice alto de pulga, habitações compactas.

No distrito de *Santa Efigênia* somente dois casos em 1929 e 1930, na zona próxima aos depósitos de lixo da limpeza pública. Distrito de habitação compacta, índice de pulga baixo.

*Braz*: habitação compacta, zona densa da cidade, onde estão localizados os armazens de gêneros alimentícios e moinhos de trigo. Foco de ratos e índice de pulga elevado; por serem aí registrados casos de peste, exerce o Serviço de Epidemiologia uma campanha contra os ratos; não há carrapatos. Nesse distrito foram registrados 5 casos do mal. Interessante é que no distrito do *Pari*, dividido em duas áreas pelo rio Tietê: uma de habitação compacta que limita com o Braz e outra de terrenos baldios, com macegas, grande quantidade de carrapatos, limitando com Sant'Ana e Vila Maria, onde também existem carra-

patos, registrou-se um caso, em 1930: A. S., que trabalhava na rua Paula Souza n. 58, armazem de gêneros alimentícios e grande foco de ratos e pulgas.

Há, no entanto, uma zona que a moléstia não atingiu. É a parte central da cidade, constituída pelos distritos da Sé, Liberdade, parte de Santa Efigênia, parte de Consolação e distrito de Cerqueira César, lugares onde o índice de pulga é sempre baixo.

A moléstia como demonstra o quadro, é esporádica, apresentando-se ordinariamente em caráter endêmico, atacando isolada e acidentalmente, um ou outro indivíduo, podendo no entanto, produzir mais casos na mesma casa.

Só no distrito de *Perdizes* se repete todos os anos (1929 a 1941). No *Jardim América* apareceu em 1929 e 1930 e não se reproduziu em 1931, reapareceu em 1932 e 1933, fez tres em 1935 e em 1937, para não mais se reproduzir nos anos de 1938, 39, 40, 41 e 42. No distrito de *Butantã*, zona chamada rural, apareceu em 1930, desaparecendo em 1936. Apesar de ter sido construído um banheiro carrapaticida em 1935, os carrapatos *Amblyoma cayennense* e *striatum* continuaram lá a se multiplicar, a atacar o homem, sem que no entanto, se registrem mais casos da moléstia. Nessa zona, em 1937 colhemos em equinos o *Amblyoma cayennense* e em cães o *Amblyoma striatum*.

Vemos pois, que a não ser no distrito de *Perdizes*, a moléstia leva 3, 4, 5 e 7 anos para reaparecer. Há casos de repetição na mesma rua, com intervalos maiores ou menores e até na mesma casa. Assim, na rua Galeno de Almeida em 1930 se deu um caso no número 38, e em 1937 outro no número 36. Na rua Amália de Noronha, um caso em 1930, outro em 1935, isto é, 5 anos mais tarde.

Em 1939 foi removida uma criança de 5 anos da rua Cláudio Rossi n. 5, sendo 10 dias mais tarde, removida uma de 6 meses; na casa moravam 9 pessoas. Nessa mesma rua em 1940, duas crianças da casa n. 7 foram removidas para o Hospital "Emílio Ribas".

Na rua Camaragibe n. 4, casa 2, foi removido um doente e, dias depois sua mulher. De casa do bairro do Rio Pequeno foram removidos mãe e filho de 6 meses; 15 dias depois, o pai.

Em *Cotia*, em agosto de 1935, removeu-se M. L.; depois de um mês seu irmão E. L.

Em 1937, removeu-se F. R. da rua Cardoso de Almeida; 2 meses depois, F. P. e M. P. da mesma casa.

Em 1931 removeu-se de uma casa do Campo Escolástica, um menor de 8 anos (L. A.); 4 anos mais tarde, mais 3 menores da mesma casa; (A. A. de 9 anos; J. A. de 15 anos e A. B. A. de 5 anos).

A repetição dos casos na mesma casa, em pessoas da mesma família, em épocas diferentes, demonstra que a moléstia é apanhada na habitação e que aí é que deve ser procurado o reservatório do vírus e o transmissor da moléstia.

Convém notar, não ser só na habitação que a moléstia é apanhada, parecendo ser também no local de trabalho. Assim, diversos doentes, em diferentes épocas, removidos de zonas diversas, trabalhavam no entanto, no mesmo local: Rua Santa Rosa, casas de negocios de genêros alimentícios e grande foco de ratos. Outros trabalhavam em moinhos na I. R. F. Matarazzo, à rua Florida, 77, local de ratos, onde é feito o índice pulicidiano.

Tem sido demonstrado que a moléstia pode aparecer, ou melhor reaparecer depois de muitos anos de latência em certos números de indivíduos. Estes portadores são seriam os mais perigosos reservatórios do vírus, podendo dar lugar ao aparecimento de focos epidêmicos.

No tifo exantemático clássico foi verificado que em epidemias e no estado endêmico se encontram sempre indivíduos com sintomas ligeiros, casos frustos existindo em estado de infecção latente; são os chamados casos *inaparentes*. Esta infecção sem sintomas pode durar vários mezes e é mais frequente nas crianças.

Estas formas *inaparentes* já foram constatadas em Minas Gerais por Otávio Magalhães, não sendo feita em São Paulo, nenhuma pesquisa a respeito. Um estudo nesse sentido, talvez viesse explicar o reaparecimento dos casos citados por nós mais acima, em que a moléstia se repetiu em épocas diferentes, na mesma casa e em pessoas da mesma família, sucedendo-se os casos, um filiado a outro.

Estas observações falam mais a favor do tifo clássico, transmitido por *inseto*, do que das outras febres exantemáticas transmitidas por *acaros* conforme demonstra Zinsser na moléstia de Brill.

Os partidários da hipótese de ser a moléstia transmitida por carrapatos alegam que só raramente tem sido observado mais de um caso em uma mesma residência, o que muito contraria a hipótese de se tratar de transmissão por pulicídeos.

O número de casos, não pequeno, registrados nos mesmos domicílios e que se manifestam em cada foco de forma simultânea, falando mais a favor da transmissão por *inseto* são os seguintes, com as respectivas datas:

## CASAS EM QUE SE DEU MAIS DE UM CASO

		N. de Casos
1 — Rua Tefé, s/n. — Sumaré . . . . .	2.11.29	4
2 — Rua Iquitó n. 35 — Pinheiros . . . . .	21. 8.31	2
3 — Estr. Velha de Cotia, s/n. Butantã . . . . .	4.10.31	2

		N. de Casos
4 — Padre Raposo, n. 189 — Moóca . . . . .	6.11.31	2
5 — Rua Florida n. 19 — Pará . . . . .	19.11.31	2
6 — Bairro Capininha — Sto. Amaro . . . . .	9.11.32	2
7 — Rua Futuro s/n. — Pinheiros . . . . .	7. 1.33	2
8 — Rua Cardeal Arco Verde — C. Cesar . . . . .	25.10.33	2
9 — Campo Escolástica — Perdizes . . . . .	10.12.33	3
10 — Chácara do Bispo . . . . .	15. 1.33	2
11 — Rua Júlio Prestes n. 14 . . . . .	6. 9.34	2
12 — Rua Tupi n. 155 . . . . .	18.10.34	2
13 — Vila Pinheiro (Santo André) . . . . .	24. 4.34	2
14 — Rua Cardoso de Almeida s/n. Sumaré . . . . .	10.11.34	2
15 — Rua Cláudio Rossi n. 5 — Vila Mar . . . . .	12.10.39	2
16 — Parque das Nações . . . . .	6. 2.40	2
17 — Rua Cláudio Rossi n. 7 . . . . .	12.10.40	2
18 — Vila Conde do Pinhal — Ipiranga . . . . .	21.10.40	3
19 — Vila Valparaíso n. 81 . . . . .	21.12.41	2

Poderíamos sugerir a hipótese de que estes doentes tenham sido atacados por um lote de carrapatos infectados, cuja evolução se passasse dentro da habitação ou tenham sido trazidos em roupas. Está, porém, afastada, pois, conforme dizem Toledo Piza, Sales Gomes e Meyer, em sua monografia "nos doentes não é encontrada lesão que pareça picada. Raro foi o carrapato encontrado em doentes removidos para o Hospital de Isolamento "Emílio Ribas". Todos que são mordidos por carrapato conhecem o incomodo da coceira no local da picada".

Quando existem carrapatos, são eles abundantes sendo por isso encontrados nos doentes como salienta Toledo Piza (1942), o qual verificou este fato em Loreto: "A propósito, recordamo-nos de um doente que depois de ter sido completamente descarrapatado, ainda nos forneceu durante 3 dias sucessivos um bom número de carrapatos aderentes ao corpo, situação que só se modificou depois da substituição de toda a roupa da cama, assim como do colchão e do travesseiro.

Henry Pinkerton (1938) assim se refere a respeito da moléstia transmitida por acaros:

"A definitive history of tick bite is of course circumstantial evidence of spotted fever infection, since typhus is never carried by tick".

Se o *Amblyoma striatum* atacasse o homem, deveria esta espécie ser encontrada nos doentes ou nos moradores da casa. No entanto, isso ainda não se verificou.

Raros são os doentes que contam historias a respeito de carrapatos, nos doentes do Hospital "Emílio Ribas", poucas vezes foram encontrados carrapatos (quando encontrado um único). Se o carrapato fosse transmissor, deveríamos achar, prin-

principalmente quando se verifica mais de 1 caso na mesma casa, larvas e ninfas ou pessoas com carrapatos. Isto porém não se dá. Só em cães tem sido encontrados carrapatos em estado adulto.

Estas observações falam muito a favor da transmissão por um inseto, quer seja a pulga ou o piolho de cabeça, o qual tem sido encontrado com grande frequência nos doentes.

Estudando a moléstia por idade ou sexo nos doentes removidos para o Hospital "Emílio Ribas", vemos que o sexo masculino é o mais atacado (66,3 %) que o feminino (33,6 %).

#### NUMERO DE CASOS ANUAIS REMOVIDOS PARA O HOSPITAL "EMILIO RIBAS"

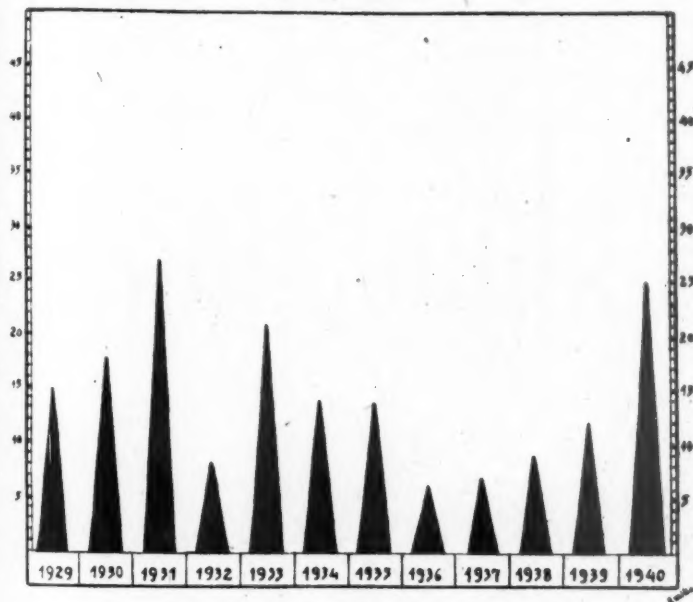


Fig. 3

Decompondo-se os casos em grandes grupos etários, vemos o sexo masculino sobrepular ao feminino em tôdas as idades, sendo que essa diferença é maior na idade de 5 a 9 anos (Masc. 20, Fem. 7) e na idade de 10 a 14 anos (Mas. 38 e Fem. 13). Não resta dúvida que os casos foram mais frequentes na idade escolar (51 casos), idade de 10 a 14 anos. A incidência é, porém, maior na idade média, 46,5 %, em quanto que nos menores de 14 anos foi de 37,5 % e nos velhos de 40 a 100 anos de

NÚMERO DE CASOS POR IDADE REMOVIDOS PARA O HOSPITAL  
"EMILIO RIBAS"

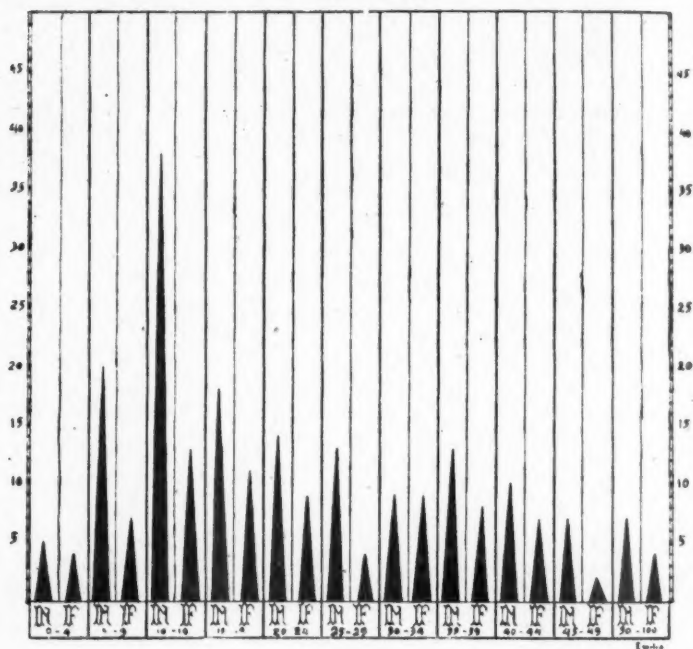


Fig. 4

15,5 %. Apesar de ser maior o número na idade média, observamos que as crianças, em geral, são mais preferidas pelo mal. Assim, em casas onde existem 9 a 10 pessoas, às vezes só as crianças são atacadas, sendo mesmo, muitas vezes, *só as crianças de menor idade* (6 meses a 2 anos). Um fato digno de ser salientado é que o elemento feminino na idade média, em que trabalha em casa, é menos atacado, 37,3 % estando neste número incluídos alguns casos de mulheres que trabalham em fábricas de sacos e moinhos de trigo, lugares de ratos, e, portanto, passíveis de contaminação fora da habitação. O homem, no entanto, nessa idade, é o mais atacado, 62,7 %. Este fato tanto fala a favor do tifo endêmico, como das moléstias transmitidas por carrapatos.

Parece não haver dúvidas pois que a moléstia é apanhada nos arredores da habitação porque em casas onde habita maior número de pessoas, somente as crianças de menor idade são atacadas pelo mal.



O fato das crianças serem mais atacadas tanto pode falar a favor da moléstia transmitida pelo carrapato do cão, como acontece nos Estados Unidos com a moléstia transmitida pelo *D. variabilis*, como pela pulga existente no domicílio levada pelo rato, ou mesmo pelo cão.

Podemos estabelecer para os transmissores indicados da moléstia, no Estado de São Paulo, nas seguintes divisões, segundo a classificação de H. Pinkerton:

- a) *Arachnida*.
- b) *Insecta*.

Dos *Arachnidas* são incriminados os seguintes como os mais possíveis, sendo mesmo que de alguns foi provada a transmissão experimental:

- a) *Amblyoma cayennense* — Fabricius.
- b) *Amblyoma striatum* — Koch.
- c) *Rhipicephalus sanguinus* — Latreille.
- d) *Boophilus microphilus* — Canestrini.

Torna-se necessário antes de tratarmos da transmissão e do combate aos transmissores, estudarmos alguns pontos de biologia geral, para podermos, com lógica, tirar conclusões.

Os animais que são parasitados chamam-se *hospedeiros*; podem ser divididos, conforme são fixados pelos transmissores em 2 classes: *habituais* e *acidentais*. Hospedeiro *habitual*, é a espécie de animal frequentemente parasitada por uma determinada espécie de transmissor. Assim, o boi é hospedeiro habitual do carrapato *Boophilus microphilus*; o cão, do *Rhipicephalus sanguinus* e do *Amblyoma striatum*; o cavalo, do *Amblyoma cayennense*, etc.

Da-se o nome de hospedeiro *acidental* à espécie animal, que, devido à condição do meio em que vive o transmissor, é por ele parasitada. Assim, as espécies por nós citadas acima podem fixar-se em qualquer outro animal, desde que não encontrem os seus hospedeiros habituais.

Em algumas espécies de carrapatos, parece ser hábito a fixação durante um dos períodos da evolução, em animais, que não são seus hospedeiros habituais, como acontece, com o *Amblyoma cayennense*, cujas larvas e ninfas atacam com certa avidez o homem.

Este fato tem muita importância nos estudos epidemiológicos, pois vem esclarecer, porque podem certos animais transmitir o vírus da moléstia experimentalmente mas não oferecem perigo como transmissores, na natureza, devido a sua biologia.

Com relação à transmissão da moléstia e sua profilaxia, tem importância o ciclo evolutivo do carrapato, quanto às mudas, conforme se fazem sobre hospedeiros ou fora d'ele.

Segundo Ramson e Hooker, poderão esses transmissores ser reunidos em 4 classes:

- 1 — Os que passam tôdas as mudas sobre o hospedeiro.
- 2 — Os que passam a primeira muda sobre o hospedeiro, e a segunda fora dele.
- 3 — Os que passam todas as mudas fora do hospedeiro.
- 4 — Os que passam a primeira muda fora do hospedeiro e a segunda sobre ele.

Na primeira classe o perigo de transmissão é nulo. E' o que acontece com o *Boophilus microphilus*, que tem por hospedeiro habitual o boi. Muda de pele nesse mesmo animal, e só acidentalmente procura outros; ataca excepcionalmente o homem.

Nas outras classes o perigo de transmissão é mais fácil, principalmente no caso do vírus do tifo exantemático, por ser a moléstia hereditária; devido a isso e segundo a sensibilidade do hospedeiro ao vírus, mais facilmente pode se espalhar a moléstia.

Infelizmente não conhecemos bem a biologia das duas principais espécies de carrapatos, mais incriminados como transmissores da moléstia entre nós: o *Amblyoma cayennense* e o *Amblyoma striatum*. As observações feitas são incompletas; sabemos que é encontrado no homem, cavalo, boi, carneiro, cão, porco o *Amblyoma cayennense* e, em cavalos, cabras e cães o *Amblyoma striatum*.

O *Rhipicephalus sanguinus* transmite a febre botonosa do Mediterrâneo, podendo, portanto, também ser um transmissor do tifo existente em São Paulo; já foi demonstrada em Laboratório, essa possibilidade. Praga comum dos cães, principalmente os de luxo de pelo longo, foi por nós raramente encontrado nesses animais. E' espécie que pouco ataca o homem, mas que pode invadir habitações, tornando-se verdadeira praga, como relata Aragão, sobre invasão que na cidade de Rio Preto provocou grande clamor da população. Espalha-se pela habitação, sendo suas larvas e ninfas encontradas nos soalhos, nas paredes, portas e debaixo dos móveis. Esta espécie de carrapato não existia entre nós, tendo sido importada, podendo, portanto, ter também trazido a febre botonosa do Mediterrâneo. Em casas de doentes ou nas suas imediações, nunca encontrámos esta espécie, podendo-se por êsse motivo, afastar a hipótese de ser um dos transmissores do mal, entre nós.

O *Amblyoma striatum* peculiar ao cão, e encontrado com frequência nas zonas em que se tem registrado o tifo exantemá-

tico, é também, considerado transmissor da moléstia, segundo experiências feitas por Sales Gomes e outros. Como já dissemos não conhecemos sua biologia, na natureza, a não ser que a sua evolução se passa em diferentes hospedeiros, podendo atacar além do cão, o cavalo, a cabra, e raramente, o homem.

Não encontrámos larvas e ninfas desta espécie, nas habitações de zonas em que se tem registrados o tifo exantemático; em estado adulto é porém frequente nos cães dessas zonas.

Flávio Fonseca diz ter capturado uma ninfa em rato selvagem *EuryzYGOMATYS spinosas catellus*.

Estudando a biologia de *Amblyoma striatum* em laboratório achou que, por se fixarem bem as larvas em seu antebraço, demonstravam poder esta espécie picar o homem, quer em estado de larva, quer de adulto. No entanto, nunca a encontrámos parasitando o homem. A opinião geral é de que não o ataca (Rohr, Fonseca e Piza Junior), a não ser em casos excepcionais, conforme salientam Aragão e Fonseca.

E' Flávio Fonseca que assim diz nas Memórias do Instituto Butantã, (1935 - pág. 31):

"Ao contrário disso, é *excepcional o parasitismo* do homem pelas restantes espécies encontradas na zona infectada, tais como o *Boophilus microphilus*, *Rhipicephalus sanguinus*, *Amblyoma ovale* e *Amblyoma striatum*, o primeiro parasita de bovinos e os 3 últimos do cão".

Em doentes de tifo exantemático nunca foram encontradas estas espécies de carrapatos, só raramente o *Amblyoma cayennense*. Se o *Amblyoma striatum* fosse o transmissor como se tem admitido, deveríamos encontra-lo parasitando os doentes com alguma frequência, o que ainda não se deu. Como se sabe, a fixação pelo carrapato, principalmente o macho, é sólida, sendo necessário cuidado para se retirar o carrapato inteiro, sem o que sua cabeça fica presa; sua presença não passa, pois desapercibida. Admite Flávio Fonseca que as larvas não são encontradas, porque levam 3 a 6 dias parasitando o homem e, portanto, quando as pessoas apresentam sintomas do mal, já os carrapatos os terão abandonado. Ora dada a quantidade de larvas que deve existir na habitação e atacar o doente, seriam encontradas quer em pacientes, mesmo raramente, quer em suas habitações. Além disso, a coceira e a lesão produzida pela cabeça dos carrapatos que picaram e que permanece, ao serem retirados, indicam a presença do acaro.

Não atacando o homem senão acidentalmente, não é provável ser esta espécie transmissora da moléstia. Faz-se mister estudar sua biologia em condições naturais, para saber se assim as larvas atacam o homem e se são encontradas dentro de casa ou nas suas imediações. A ocorrência de mais de um caso na

mesma residência só se daria, se as pessoas estivessem em contacto com grande número de larvas, para que a contaminação de todos os doentes se desse ao mesmo tempo. Contra isso fala o fato de não terem sido ainda constatadas larvas dessa espécie nas habitações.

Piza, estudando um surto em Loreto, assim se refere às larvas e carrapatos encontrados nas habitações, sem contudo, citar a espécie.

"Nas cercas, nas porteiras, nas guardas das pontes, no madeiramento de mangueirões, no interior das próprias casas (não nos referimos ao *Rhipicephalus sanguinus*) eram êles facilmente verificados. Em muitos dêsses lugares os carrapatos (que espécie?) eram vistos como se fossem formigas nos seus carreiros".

No Município de São Paulo, entretanto, tal não tem sido verificado, nem mesmo em zonas rurais; tem sido encontrado carrapatos dentro das habitações.

O *Amblyoma cayennense* tem sido também indicado como um dos transmissores de vírus do tifo exantemático; experiências feitas em laboratórios demonstram tal possibilidade. Atacando de preferência os equideos persegue o homem em qualquer fase da sua evolução, especialmente pelas larvas, que vivem aos milhares, em certas épocas do ano, na estação fria e seca. Encontrado nas zonas em que se tem registrado a moléstia, existe, no entanto, com maior frequência nas zonas onde a moléstia ainda não foi registrada, como Alto de Santana e Vila Guilherme. Esta espécie pode ser encontrada no galinheiro, ataca perús e galinhas; nessas aves já se observaram ninfas.

Em nossas poucas observações, em casas onde se deu a molestia, não encontrámos êsses galináceos parasitados por tal especie de carrapato. Seriam interessantes verificações nesse sentido; talvez assim se esclarecesse porque a molestia é apanhada nas dependencias das habitações.

Encontrámos sempre esta espécie parasitando os equideos da zona em que se tem registrado casos de tifo exantemático, (Butantã, Sumaré, Perdizes, Ipiranga, Água Funda, Penha e Mandaquí). E' muito frequente no Município de São Paulo, existindo grandes quantidades de larvas, à beira das estradas e atalhos, nos campos e macegas. E' de admirar que, transitando por aí grande número de pessoas, as quais são vítimas de múltiplas picadas, não apanhe a moléstia. Parasita raramente o cão, sendo por nós encontrada uma vez, nesse animal. Em grande número de bovinos examinados nunca a encontrámos.

E' ainda interessante, que, sendo o carrapato frequentemente encontrado em equideos das zonas em que se tem registrado a

moléstia, os homens que lidam com êsses animais, ou que moram nas proximidades de cocheiras não apanhem a moléstia, apesar de termos encontrado nessas pessoas e em outras de suas famílias, larvas dessa espécie em grande quantidades.

Dada a sua frequência deveria aparecer maior número de casos, pois é fato estabelecido que a incidência de morbidade é influenciada pelos seguintes fatores.

- a) Número de carrapatos da zona. A propagação dos carrapatos é favorecida pelos animais hospedeiros e pelo clima úmido e quente.
- b) Porcentagem de carrapatos infeccionados.
- c) Densidade de população.

Esses fatores que predominam na zona da Lapa, como já demonstrámos, não têm influido para que lá apareçam casos da moléstia.

Das espécies apontadas como transmissoras do mal, resta o *Boophilus microphilus*, o carrapato comum do boi. Pode também parasitar o cão, o cavalo e a cabra, mas não ataca o homem em nenhuma das fases de sua evolução; portanto, não oferece perigo como transmissor na natureza, apesar das experiências feitas em laboratório demonstrarem poder êle transmitir o vírus do tifo exantemático.

O conhecimento da biologia dos transmissores, é, como já dissemos importante na epidemiologia. Mostra diferirem as condições naturais das do laboratório e, assim, não poder muitas vezes o hematofago transmitir a moléstia na natureza embora o possa em laboratório.

A propagação do carrapato é favorecida pelos animais hospedeiros; torna-se, pois, necessário verificar o número de animais nas zonas infectadas, a espécie de carrapato encontrada e sua migração.

O quadro que apresentamos mostra a quantidade de animais existentes nas diversas zonas onde estão situados os banheiros carrapaticidas. Ve-se que o número de animais hospedeiros do *Amblyoma striatum* é bem pequeno nas zonas em que se tem registrado casos de tifo exantemático (40 cães) e bem grande nas onde não são registrados casos da moléstia (Vila Guilherme, 264 cães, Imirim, 448). O mesmo acontece com os hospedeiros do *Amblyoma cayennense*. Na zona onde se registrou maior número de casos, 132 equídeos; nas zonas em que não foram registrados casos, 247 no Imirim e 180 na Vila Guilherme.

Poder-se-á admitir não existirem carrapatos infectados nessas zonas e por êsse motivo não se verificar aí a moléstia. Mas não se compreende como já dissemos atrás, porque razão exis-

NÚMERO DE ANIMAIS NAS ZONAS EM QUE ESTÃO LOCALIZADOS OS BANHEIROS CARRAPATICIDAS  
(segundo trabalho publicado pelo Dr. Américo Esquivel)

ANIMAIS	Z O N A S										
	Lapa	Vila Gultherme	Penha	Vila Medeiros	Ipiranga	Quarta Parada	Imirin	Ibira- puera	Butantã	Ponte Pequena	Água Funda
Bovinos.....	1.105	798	653	766	705	694	1.539	756	892	375	546
Bezerros.....	231	252	287	284	123	121	878	240	298	100	140
Equinos.....	122	150	116	88	83	19	179	108	146	43	27
Asininos.....	10	30	37	74	150	70	68	2	30	6	20
Caprinos.....	228	301	190	28	475	202	266	141	28	28	116
Caninos.....	40	264	292	242	176	40	448	159	85	68	62
Ovinos.....	—	—	11	—	—	—	4	1	—	5	—
TOTAIS:	1.736	1.795	1.586	1.482	1.712	1.146	3.282	1.409	1.479	625	911



tindo carrapatos infectados nas zonas limítrofes e sendo bem grande o movimento de animais de uma zona para outra, não sejam estes atacados pelos carrapatos e transportados para a zona onde as condições são mais propícias à propagação da moléstia.

As condições estabelecidas para incidência do mal são quase iguais nas diferentes zonas por nós citadas.

Dos animais tidos como hospedeiros habituais dos carrapatos, o único que oferece perigo como reservatório de vírus, segundo as experiências feitas, é o cão. Torna-se ainda mais perigoso devido ao seu hábito de vida. Costuma andar pelos campos, vive na maior intimidade com o homem, ora dormindo sob ou sobre o leito, ora abraçado a crianças. Constitue, assim elemento perigoso, não só por ser o hospedeiro habitual do carrapato *Amblyoma striatum*, mas ainda da pulga *Ctenocephalus canis*, que também pode transmitir o vírus do tifo exantemático. No entanto, o cão, continúa nas casas onde são registrados os casos da moléstia, propagando o mal, admitida como está a hipótese de ser êle o reservatório de vírus do tifo exantemático em São Paulo. Os equinos e muares, se bem que não tenham sido demonstrado poderem ser depósito de vírus, merecem atenção dos higienistas, porque são hospedeiros habituais do *Amblyoma cayennense*; admitida a hipótese de ser este o transmissor do vírus, tornam-se os equídeos seus maiores propagadores, principalmente quando puxando as carrocinhas de pão ou de leite, transitando pelas zonas infestadas e livres, apanhando carrapatos e deixando-os pelos campos e estradas. No entanto, o maior combate vem sendo feito contra o gado bovino o qual só excepcionalmente é atacado pelo *Amblyoma cayennense*.

O combate ao carrapato tem se restringido quase ao *Boophilus microphilus*, pois a campanha feita visa o gado bovino, o qual pouco ou nenhum perigo oferece à propagação do mal. Banha-se as espécies domésticas, mas difícil se torna evitar a passagem de cães, equinos e muares e principalmente dos animais silvestres como o gambá e que também podem levar carrapatos. E' necessário e urgente estabelecermos bases seguras de profilaxia, conhecendo primeiro a biologia dos carrapatos, para depois os combatermos com fundamento científico.

Chama a atenção o fato de em geral as larvas e ninfas do *Amblyoma cayennense*, que atacam com maior frequência o homem, aparecerem nos meses frios e secos (Julho, Agosto e Setembro), ao passo que a incidência da moléstia é maior nos meses quentes e chuvosos (Outubro, Novembro, Dezembro e Janeiro); época em que os carrapatos são bem raros e só encontrados em estado de adulto. Esses acaros desaparecem com as chuvas e no entanto, nessa época surge o maior números de casos da moléstia.

Dos *Insectas*, são considerados como possíveis transmissores da moléstia os seguintes:

*Pediculus corporis* (Geer 1778) — piolho do corpo.

*Pediculus capitis* (Geer 1778) — piolho de cabeça.

*Cimix lectularius* (Merret 1667) — percevejo comum.

*Pulex irritans*. (L. 1758) — pulga do homem.

*Xenopsylla cheopis* (Rothschilde 1903) — pulga do rato.

*Ctenocephalus canis*. (Curtis, 1826) — pulga do cão.

Os piolhos, tanto o do corpo (*P. corporis*) como o da cabeça (*P. capitis*), são os transmissores do tifo clássico, como estabeleceram Nicolle em 1909 e Goldberger e Anderson em 1910.

Nos doentes de tifo exantemático, em São Paulo, raramente foi encontrado o piolho de corpo, não acontecendo o mesmo com o da cabeça, o qual é encontrado em doentes removidos para o Hospital de Isolamento "Emílio Ribas" e, segundo a opinião de Saborido e Meyer, pode transmitir a moléstia em São Paulo.

O fato de aparecerem vários doentes na mesma casa, na mesma época e ter sido encontrado o piolho de cabeça (*P. capitis*) fala a favor desta espécie, também, como transmissora da moléstia. Poderia transmitir a doença de um indivíduo para outro, explicando-se assim, o aparecimento dos casos graves e simultâneos na mesma casa e que não devem ser atribuídos à pulgas trazidas pelos ratos, conforme querem admitir Mooser, Varella e Pisa (1934).

O percevejo comum (*Cimex lectularius*), provado só experimentalmente poder transmitir o mal, parece não oferecer perigo, pois, em casas onde se registrou mais de um caso da moléstia em São Paulo, não tem sido encontrado senão raramente.

A pulga tem sido um dos insetos admitidos como transmissores do tifo exantemático em São Paulo, pois é o transmissor do tifo murino. E, entre nós, parece ter papel importante, dada a existência do tifo murino. Além disso, os caracteres epidemiológicos falam em favor desse inseto, na transmissão do tifo exantemático em São Paulo.

Consultando os mapas do Serviço de Epidemiologia, gentilmente cedidos pelo seu diretor dr. Sampaio Corrêa, vemos que nas zonas em que se tem registrado casos de tifo exantemático o índice de *cheopis* varia de 5 a 10, nos focos de ratos, enquanto que, nas zonas, onde a moléstia não se registrou, é no máximo de 3. Em geral quando o índice ultrapassa de 7, aparecem casos da moléstia.

Na zona do Braz, em 1940, o índice de pulga, feito com ratos colhidos principalmente na rua Flórida, em Janeiro, era de 2,78. Em Abril, passa a 7,18 e em Maio a 9,45, aparecendo

um caso da moléstia, na rua Monsenhor Andrade n. 639, (perto da rua Flórida). Baixa o índice de pulga em Julho a 4, para subir novamente em Agosto a 8,16. Nesse mês, é registrado novo caso nessa zona, à rua Rodrigues dos Santos n. 287. Baixa o índice para 3,95, em Setembro, caindo a 1,14, em Dezembro, devido às providências tomadas pelo Serviço de Epidemiologia, não se registrando mais casos nessa zona.

Em Junho (1940), no Bom Retiro, o índice tomado à rua José Paulino, alcançou 7,83, registrando-se nessa zona um caso à rua Anhaia n. 32 (12 de Junho de 1940). Baixa nos meses seguintes, chegando a 2,3, em Dezembro. Infelizmente não nos foi possível obter dados mais completos com referência a outros anos, porém, é digno de nota o fato de ser, nas zonas em que se tem registrado casos da moléstia, sempre elevado o índice de pulga, em certas épocas, enquanto que nas zonas onde não foi ainda registrado a moléstia esse índice alcança pouco acima de 3.

Nos distrito de Perdizes (Vila Pompéia e Perdizes) onde a moléstia é registrada de forma benigna, conforme salientámos mais acima, o índice de pulga alcança a 18, na rua Turiassú.

Na zona chamada *semi-rural*, por alguns autores (Jardim Glória), o índice tomado na r. Domingos de Morais n. 425 alcançou 13.

Vemos, pois, haver relação entre o índice pulga (*Cheopis*) e o aparecimento de casos de moléstia. Esse fato deveria merecer a atenção dos epidemiologistas, pois, talvez, como acontece com a peste, possa esse índice orientar a profilaxia do mal.

Como bem salienta Brumpt, as condições que favorecem os casos do tifo murino são as mesmas que determinam a peste, cujo principal transmissor é a pulga *Xenopsylla cheopis*.

A relação estabelecida entre a pulga e os roedores na transmissão do tifo exantemático permite compreender porque as pessoas que vivem acidentalmente em contacto com os últimos podem contrair a moléstia. Daí a campanha que se deverá fazer contra o rato, considerado como o reservatório do vírus.

Diminuindo em número a população de ratos, a quantidade de pulgas também diminuirá; o índice de pulga baixa. Isto, porque, com a diminuição do número de ratos, a pulga terá dificuldade crescente em obter repasto sanguíneo para o seu desenvolvimento. O índice pulciceano, é pois, então de valor para se determinar o grau de eficiência das medidas empregadas.

Pela campanha que vem sendo feita pelo Serviço de Epidemiologia, baseada no índice pulciceano, contra a peste, é que se tem talvez evitado maior número de casos de tifo murino em São Paulo.

Flávio Fonseca diz que o fato da infecção predominar na zona rural e na semi-rural contraria fortemente a hipótese da transmissão pela pulga. Se esta fosse o transmissor alastrar-se-ia a epidemia pela cidade, salvo se o pulicídeo em apreço fosse peculiar não a um rato, mas a um mamífero silvestre. Ora não se demonstrou o parasitismo do homem por pulga silvestre.

Atribuimos à eficiência do Serviço de Epidemiologia, sob a competente direção de Sampaio Corrêa, não se ter a epidemia alastrado pela cidade; combatendo ratos e pulgas para evitar a peste, também evita que o tifo se alaste.

Além disso devemos considerar que o tifo do rato não é transmitido ao homem senão acidentalmente, porque não causa a morte do rato, e sendo este o hospedeiro habitual da pulga, ela raramente vem ao homem.

Estudando a sequência dos casos, vemos que os primeiros apareceram na zona urbana perto de depósito de lixo ou lugares de ratos. Foram se reproduzindo rapidamente de rua a rua para depois chegarem às zonas rurais. Localizando-se a moléstia nas zonas urbanas, espalha-se, no entanto, pelas zonas suburbanas, também chamada rurais. Esse fato tem sido um dos argumentos fortes dos que defendem a hipótese da transmissão pelo carrapato. Tal argumento desaparece, entretanto, quando vemos que em alguns lugares dos Estados Unidos onde reina o tifo murino, o mesmo se dá.

E' fato estabelecido que o tifo murino pode se espalhar às zonas rurais, sendo o rato o seu propagador; existe até uma relação entre o aumento do rato nas zonas rurais e o aparecimento dos casos de tifo murino (Bowdoin, Boston, Meleney).

Estudando a epidemia do tifo murino em Georgia, Bowdoin e Boston relatam que essa moléstia é largamente distribuída nas zonas rurais e que as cidades e vilas é que servem de focos para a propagação nas zonas rurais. Verificam que nessas zonas rurais é usualmente encontrada uma alta infestação de ratos, dada a abundância de alimentos e de lixo e que a espécie que predomina é o *Ratus norvegicus*, o principal reservatório de vírus.

E' nos meses quentes e de chuvas — Outubro, Novembro, Dezembro e Janeiro — que se registra a maior incidência da moléstia em São Paulo, época em que as pulgas são mais abundantes, porque para o seu desenvolvimento exigem umidade. Com o frio não sugam e não saltam. O contrário se observa com os carrapatos, cujas larvas e ninfas aparecem em abundância nos meses frios e secos (Junho, Julho, Agosto e Setembro), fato conhecido de todos. Nos meses quentes e chuvosos (Outubro, Novembro, Dezembro e Janeiro) raros foram os carrapatos por nós encontrados e estes mesmos, em estado adulto.

Nos lugares onde reina a moléstia, mesmo nas zonas suburbanas ou rurais, há grande infestação de ratos dada a abundância de lixo existente.

Sendo as habitações, onde se registrou a moléstia, prédios em geral isolados, com terrenos baldios, cujo solo é coberto de vegetação rasteira, tanto podem ser focos de carrapatos, como de ratos, pois é princípio estabelecido na profilaxia da peste que esses lugares também albergam os ratos, tanto que são aconselhadas a limpeza e a capinação dos quintais, dos terrenos baldios e de uma área de 200 metros em torno das habitações rurais. E, um fato chama a atenção: na zona de campo, mesmo rural, conforme a divisão administrativa da Prefeitura de São Paulo (3.ª e 4.ª zonas) onde existem cocheiras e, portanto, animais que propagam o *Amblyoma cayennense*, não são registrados senão excepcionalmente casos da moléstia, porque aí os ratos são raros.

O rato tem sido incriminado como um dos reservatórios do vírus do mal existente em São Paulo, tendo mesmo Lemos Monteiro (1935) e Travassos (1937) encontrado ratos naturalmente infectados pelo vírus murino.

O rato cinzento — *Rattus norvegicus*, o rato do chão, é a espécie predominante em São Paulo, sendo por esse motivo, provavelmente o principal reservatório de vírus. É abundante nas zonas em que se tem registrado casos de tifo exantemático quer urbana, quer suburbana, também chamadas rurais. Junto aos focos de moléstia existem sempre grandes depósitos de lixo, lugares que se tornam focos de ratos. Também aí surge a moléstia e não só nos armazens de gêneros alimentícios, depósitos de sacaria e fábricas. A relação existente entre esses depósitos de lixo e o aparecimento da moléstia indica que seja o rato um dos prováveis reservatórios de vírus, tendo mesmo Lemos Monteiro, isolado um vírus de *Rattus norvegicus* que, pelos caracteres da infecção das cobaias, se aproxima do vírus do tifo clássico do Velho Mundo.

Em favor do rato como propagador do mal, fala a observação feita de que a moléstia se repete periodicamente de 3 a 4 anos ou com espaço mais longo de 10 a 11 anos na mesma casa, ou na mesma zona, conforme demonstramos acima.

É conhecido e verificado que o número de roedores não fica constante; ao contrário, varia muito de ano para ano. Essas oscilações obedecem a uma lei periodica, posta à luz por Elton, estudando as relações entre o aparecimento da peste e o número de roedores.

O número de roedores cresce de ano para ano; quando eles se tornam muito abundantes, aparece uma epizootia que os dizima. Reduzidos, multiplicam-se pouco a pouco até atingirem a um novo *fastigium*, quando nova epizootia aparece e, assim, su-

cessivamente. Ha um periodo de oscilação de 3 a 4 anos e um outro mais longo de 10 a 11 anos.

Isto se verifica entre nós com o tifo exantemático, o qual desaparece, depois aparece com espaços de 3 a 4 anos ou de 10 a 11 anos.

MAPA DEMONSTRATIVO DA DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE TIFO EXANTEMATICO NOS MUNICIPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

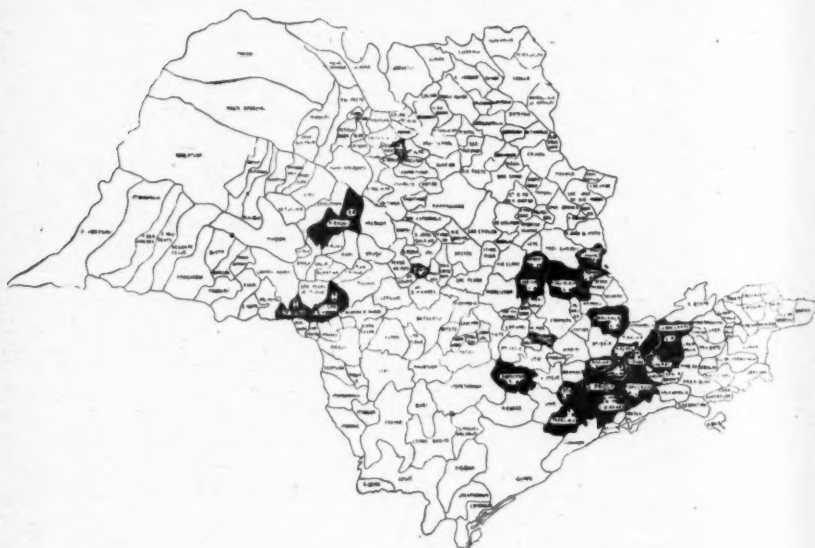


Fig. 5

Um outro fato que chama a atenção para o rato é a propagação rápida da moléstia pelo Estado de São Paulo. Registrada em 1930 em 3 Municípios próximos de São Paulo, espalhou-se rapidamente pelo Estado, alcançando em 10 anos mais de 25 Municípios.

Nas moléstias produzidas por carrapatos a observação demonstra que a propagação é lenta, limitando-se a certas zonas, conforme salientam J. Gordon e Kahn.

As migrações rápidas são dos roedores, que emigram em massas, tendo sido mesmo descritas por diversos autores (Stock e Michal) migrações extraordinárias de roedores. Assim, podem em pouco tempo levar a moléstia a longas distâncias, causando epizootias, como acontece com a peste.

A moléstia espalhou-se rapidamente pelo Estado de São Paulo, sendo para notar que a aglutinação do sangue dos doentes, 40)



nos Municípios fóra da Capital, zonas de fazendas e campos, dá, em geral, título alto para o *Proteus* O X 19 (1:10.000 a 1:50.000). Segundo o que está estabelecido, isso fala em favor do tifo murino, e, portanto, transmitido pelo rato. Nessas zonas, em geral a moléstia é também apanhada nas habitações ou nas suas imediações.

A propagação do tifo murino pelo rato, nas zonas rurais, espalhando-se rapidamente, tem sido observada nos Estados Unidos, conforme relata Henry E. Meleney.

Temos sempre salientado, não afirmamos ser o tifo exantemático que reina em São Paulo transmitido por *acaros* ou por *insecta*, porém que o assunto precisa ser melhor estudado para esclarecer pontos obscuros na epidemiologia.

A base científica para elucidar a questão, consiste no estudo do vírus, e da biologia dos seus prováveis transmissores e reservatórios, feito, porém, com lógica, para depois se tirar conclusões e traçar a profilaxia.

São do Diretor da Divisão de Moléstias Infecciosas do Departamento de Saúde de Georgia, as seguintes palavras:

"That epidemiological investigations are essential for successful control measures.

Epidemiological investigations are essential to the control of any disease. This statement is as true of typhus as it is of typhoid. Anyone should understand the futility of applying control measures without knowing from whence a disease is spreading. In typhus control such practice is not only expensive but will defeat its purpose".

Para dar combate a moléstia as medidas aconselhadas entre nós têm sido:

- a) Combate ao carrapato.
- b) Vacinação.

O combate ao carrapato vem sendo feito pela balneação obrigatória dos animais existentes nas diversas zonas, onde foram localizados os banheiros carrapaticidas. São banhados os bovinos, solípedes, caprinos, ovínos e caninos em 11 banheiros carrapaticidas.

Apesar da balneação, a moléstia continua a aparecer nas zonas de Sumaré, Perdizes, Aclimação, Jardim Glória, Ipiranga, Bosque da Saúde, Vila Clementino, Moóca, Parque Ibirapuera, Indianópolis, Jabaquara, Sto. André e São Miguel e a se espalhar pelo Estado de São Paulo.

Essa medida é praticamente pouco eficiente pois, além de ser muito difícil fazer-se com rigor a balneação periódica de to-

NOMES	LOCAL	1.ª vac.	2.ª vac.	3.ª vac.	DOENÇA	EXITO	Tempo decorrido da vacinação
1 - J. B. C.....	Loreto	5/6/41	12/6/41		14/6/41	Fal. 18/6/41	Em vacinação
2 - J. F. S.....	"	5/6/41	12/6/41	19/6/41	29/6/41	" 4/7/41	10 dias
3 - D. S.....	"	5/6/41	21/6/41	19/6/41	20/7/41	" 27/7/41	31 dias
4 - W. T.....	"	5/6/41	12/6/41				
		28/8/41	—	—	28/8/41	" 28/8/41	64 dias
5 - I. T.....	"	5/6/41	12/6/41	19/6/41	3/7/41	Curada	14 dias
6 - J. C. (I).....	"	5/6/41	12/6/41	19/6/41	14/11/41	Fal. 18/11/41	5 meses
A. V. C.....	Tatá	Agosto, 1939				" 10/11/40	16 meses
J. R. C.....	"	Nov., 1940			4/9/41	" 8/ 9/41	10 meses

dos os animais nas zonas infectadas, não se tem certeza se é o carrapato e mesmo qual a espécie desse acaro o transmissor. Na afirmativa, seria somente ele o transmissor? Não somos contra a aplicação dessa medida, mas achamos que só depois de conhecermos bem a biologia dos carrapatos transmissores e de provado serem eles os transmissores, é que poderemos estabelecer medidas acertadas ao combate do mal.

A vacinação tem sido aconselhada como o único meio de real valor no combate ao mal e vem sendo aplicada principalmente nos comunicantes de certas zonas do Estado de São Paulo.

Toledo Piza, tratando da vacina de Spencer-Parker, contra a febre maculosa, na prática sanitária, à pag. 1.336, de seu trabalho publicado em 1941, dá um gráfico dos casos de febre maculosa, em Loreto, (grafico 5) no qual mostra que, depois desse ano, época em que começou a ser feita a vacinação, foram registrados nessa localidade 10 casos de febre maculosa.

Mais adiante, à pág. 1.338, dá a relação das pessoas que tomaram vacina e que contraíram a moléstia; são 6 como se vê pelos casos numerados de 1 a 6, no quadro ao lado:

Descontados estes 6 casos de vacinados que apanharam a moléstia, dos 10 casos registrados depois da época de vacinação, temos que somente 4 não vacinados apanharam a moléstia. Temos, pois, o seguinte resultado:

Número total de indivíduos que adoeceram depois do serviço de vacinação . . . . .	10
Número de indivíduos <i>não</i> vacinados que adoeceram . . . . .	4
Número de indivíduos <i>vacinados</i> que adoeceram . . . . .	6

Ve-se pois, que do total de indivíduos que adoeceram após ter sido iniciado o serviço de vacinação, seis eram de pessoas que previamente tinham recebido a vacina.

Ao contrário, pois, do que afirma Piza, a vacinação feita em Loreto demonstra cabalmente que a vacina empregada não tem o valor protetor que lhe querem emprestar, pois a mortalidade nos vacinados como se vê pelo quadro, foi bem elevada (5 casos), tendo somente uma pessoa se curado. Não relata Piza se nos 4 casos não vacinados, houve algum de morte. Convém notar que essa pessoa que se curou teve a moléstia 14 dias, após terminada a vacinação, ao passo que faleceram justamente as pessoas cujo tempo decorrido entre a vacinação e o aparecimento da moléstia foi superior a 30 dias.

Isto parece demonstrar não ter sido a cura efeito da vacina, mas motivada pela benignidade do caso.

O fato da moléstia ter desaparecido do Horto, não é justificativa do valor da vacina, pois sabemos que a moléstia desaparece por certo tempo, para aparecer mais tarde, com espaço de 3, 4, 5 e 11 anos, independente de vacinação ou qualquer outra medida profilática. O seu desaparecimento, no Horto Florestal de Tatú foi, até, por menos tempo; lá se fez a vacinação pelo Departamento de Saúde e a revacinação por Piza, mas em 1942, 26 de setembro, 2 casos da doença se registraram.

- 1) S. M. S. parda, 54 anos, doméstica.
- 2) O. S. pardo, 18 anos, oleiro.

Era cedo para serem tiradas as conclusões tão positivas como quer Piza. Só com maior experiência, feita em maior escala é que se poderá avaliar a eficácia da vacina Spencer-Parker contra o vírus da moléstia de São Paulo.

E' interessante, ainda, salientar que dos vacinados citados por Piza, faleceram 5, tendo somente 1 se restabelecido, o que vem demonstrar que *nessas pessoas, não foi de menor gravidade a evolução da moléstia, como costuma ser na América do Norte. Isto demonstra, portanto, que a vacina nenhuma influencia benéfica tem na marcha da doença.* Ao contrário do que se vê no quadro citado por Piza, do trabalho de R. R. Parker (Vide gráfico 6, página 1.339) o número de mortes dos vacinados pelo primeiro é bem maior que o dos não vacinados. Para Parker o número de óbitos nos vacinados é 3, e, nos não vacinados, 42. A mortalidade dos casos de Piza foi de 6, nos vacinados, (destes, 5 faleceram) e de 4 nos não vacinados (não há referência ao número de mortes). Vemos que a vacinação, entre nós, não deu resultados que lhe atribuem, nem mesmo atenuou a gravidade da moléstia, como acontece nos Estados Unidos.

Parece-nos não falar tanto a favor da vacina como se quer, a coincidência citada por Piza de um trabalhador não vacinado que, trabalhando com vacinados em talhão infectado, contraiu a moléstia. E' fato constatado que em uma casa com 17 pessoas, nas mesmas condições de vida, uma só tem a moléstia, podendo as outras restantes não a apanharem. Torna-se necessário maior número de casos para depois ser tirada conclusão a respeito. Piza acha que o resultado da vacina americana é idêntica, ao da preparada no Instituto Butantã; em seu trabalho não diz entretanto, se as pessoas que apanharam a moléstia foram vacinadas com a vacina americana ou com a do Instituto Butantã.

Quanto à prova de proteção destas 2 vacinas, as experiências em laboratórios são contraditórias.

O valor protetor da vacina Spencer-Parker, da febre maculosa das Montanhas Rochosas, foi por diversas vezes verificado em experiências de laboratório com relação ao vírus de São Paulo 46)

e de Minas Gerais, variando, porém as opiniões dos autores (Moreira, Magalhães, Lemos Monteiro, Davis e Parker).

J. Travassos e E. Dias, em recente trabalho publicado nas Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, (1939) assim se referem à página 176, sobre as experiências que fizeram com a vacina americana e a preparada pelo Instituto Butantã:

"A percentagem de *animais vacinados* que tiveram febre maculosa somada à dos que reagiram a inoculação do vírus ( $36 + 20 = 56\%$ ) indica que o *poder protetor das vacinas empregadas deixou a desejar*". Entretanto, foi muito significativa a percentagem conseguida de sobrevidas ( $= 79\%$ ), (Sic) e bem assim a das cobaias que se mostraram protegidas mesmo contra as reações febris, isto é, totalmente imunizadas ( $= 43\%$ )".

Tratando da vacina preparada no Instituto Butantã, assim se referem à página 166:

b) Vacina S. P. + vírus S. P.

"De um lote de 8 animais só sobreviveram 2, que não reagiram. *Dos 6 restantes morreram 4 com sinais de febre maculosa*, (3 dos quais mostraram também lesões típicas de pneumonia" e dois de pneumonia").

As experiências de laboratório (Travassos e Dias) estão de acordo com as observações de Loreto e Tatú, isto é, que as vacinas empregadas (Americana e Instituto Butantã) deixam a desejar quanto ao seu valor protetor em relação à moléstia existente em São Paulo.

Somos grandes adeptos da vacina, pensando mesmo que é uma das maiores armas que o higienista possui no combate contra as moléstias infecciosas, porém antes de aplicarmos a vacinação, torna-se necessário fazer a verificação do tipo de vírus, ou dos vírus existentes no Estado de São Paulo, para depois tratarmos de preparar vacina que ofereça garantia na sua proteção.

Se há hipóteses da existencia do vírus de tipo murino no Estado de São Paulo, como vamos vacinar com a vacina preparada com o vírus das Montanhas Rochosas?

Só depois de bem estudada a moléstia e estabelecido o tipo de vírus existente entre nós é que poderemos traçar as normas da profilaxia baseada no preparo da vacina feita com bases seguras e científicas.

Somos de opinião que, como preliminar para o estabelecimento das medidas profiláticas, torna-se necessário fazer o seguinte:

- 1) Estudar os prováveis transmissores e a sua biologia.
- 2) Estudar os reservatórios de vírus.

3) Identificar o vírus ou os tipos de vírus existentes no Estado de São Paulo.

4) Preparar vacina que ofereça garantia sobre o ponto de vista imunológico para o vírus identificado.

#### AGRADECIMENTOS

Consignamos nossos agradecimentos aos Drs. José Augusto Arantes, diretor do Hospital de Isolamento "Emílio Ribas", Henrique Sampaio Corrêa, diretor do Serviço de Epidemiologia, Humberto Pascali, diretor do Serviço do Interior, pelos dados e informações que nos prestaram. Ao Prof. Dr. Samuel B. Pessoa, os dados que nos foram fornecidos e a classificação das espécies de carrapatos, ao Dr. Amâncio C. Esquibel, diretor da Divisão do Departamento da Produção Animal, as informações prestadas.

#### SUMMARY

Studying the epidemiology of the so called exanthematic typhus of São Paulo, the author reported the first cases of typhus fever occurred in São Paulo in 1920, 1924 and 1927.

An outbreak occurred in 1929 in Vila Cerqueira Cesar and Sumaré. Sixty cases were observed, the disease spreading through the City, as it is seen on the map given in this publication.

Three foci were determined as a probable source of infection: *Perdizes*, *Vila Mazzei* and *Braz*. Subsequently a definite focus was established among rats having harbourage in garbage deposit, mills and its immediate vicinity. Infected rats had probably extended to other areas before cases occurred. The cases were observed among persons living or working in buildings near such places which offered generally good harbourage for rats.

A number of cases has been referred to in which the disease did not occur in rural areas, but in urban ones.

From urban centers, the disease has spread to purely rural areas. From rats collected in the urban area of the city of São Paulo, Lemos Monteiro has isolated a virus, the experimental behaviour of which, on inoculation into guinea-pig and cross immunity test, has shown that it is distinct from the virus previously isolated from patients of the São Paulo typhus. This virus must correspond to a new species of rickettsia to be named *Rickettsia muricola*. The high mortality and clinical study suggested the hypothesis of the transmission to be made by ticks.

Various works were published about the virus, clinical aspect, pathology and epidemiology of the disease (Toledo Piza, J. R. Meyer, Salles Gomes, Lemos Monteiro, Flavio Fonseca, Alcides Prado, Carvalho Lima, Parker, Dyer, Saborido, Borges Vieira, Mesquita, Travassos and Esquibel).

Whoever has studies the disease under its etiological, clinical and epidemiological aspects, is of opinion that the exanthematic typhus is a modality of the *Rocky Mountain Spotted Fever*, being transmitted by ticks. On the other hand, it was established that it is "a special exanthematic typhus discovered in São Paulo", according to the opinion of Prof. Rocha Lima. Samuel Libânio has proposed for the typhus that prevails in Minas Gerais, the name of "Febre Maculosa Brasileira".

Studying the vectors, Meyer and Saborido admitted that *P. capitis* could be infected and possible carriers. Salles Gomes reported the experi-



mental transmission of the disease in nature by dog ticks, *Amblyoma striatum*. Travassos has demonstrated that *Amblyoma cayennense* and *Amblyoma striatum* are, under laboratory condition, very efficient agents of transmission. There is evidence to believe that they may become natural agents in the transmission of the typhus occurring in São Paulo. The authors have now suggested that both of these ticks are susceptible to transmit, in nature, the virus of the disease in São Paulo.

Salles Gomes studied, in 1940, in the city of São Paulo, four cases of probable endemic or murine typhus. He suggested that such cases might perhaps be related to the possible existence of the murine typhus in the country towns of the State of São Paulo or else they might be related to a more benign, more rural and more diffuse variety of the exanthematic typhus of São Paulo, such as happens with the "Rocky Mountain Spotted Fever", of the United States.

It is not at all clear whether this infection is closer to the spotted fever or to the typhus group. It is not improbable that typical murine typhus cases have been diagnosed as spotted fever.

The cross immunity test showed a close relationship of the virus of the so called São Paulo exanthematic typhus and the Rocky Mountain Spotted Fever virus; however, this is not sufficient to establish an identity.

The Weil-Felix test was positive in high titles (from 1:10,000 to 1:30,000) with *Proteus* O x 19; low agglutinating power or negative for O x K. In fatal cases and severe attacks, however, it was negative.

Out of 279 patients admitted to the hospital, 75 who survived showed positive test for *Proteus* O x 19 in titles varying from 1:1,000 to 1:30,000.

Experimentally it was shown that an *acarus* or an *insect* could transmit the disease, but it has not been proved that an *acarus* or an *insect* is the vector in natural conditions, in the State of São Paulo.

Travassos and Salles Gomes have not showed that ticks in natural conditions transmit the virus of the exanthematic typhus of São Paulo, as well as Meyer and Saborido in relation to lice, as they have not proved that the virus they have isolated is by immunity test quantitative and qualitatively identical to the virus of the disease predominant in São Paulo.

To insulate the virus, to reproduce the typical febrile picture of the exanthematic typhus in guinea-pigs, to find rickettsias, to verify that the virus presents immunological relations with the virus of other exanthematic fevers, is not to show its identity.

The presence of rickettsias is not an evidence at all that these are of the exanthematic typhus. We know in accordance with the experiences of Nicolle and Jean Legret that they may be found in insects, *acarus*, and also in normal guinea-pigs. The Neil-Mooser sign can be produced by others agents (salmonellas and toxoplasmas), as has been shown by Reynal and Fournier; the same is observed with reference to the febrile picture in guinea-pigs. There has been isolated (Lemos Monteiro), from a patient, a virus which according to Lemos Monteiro, Dyer, Davis and Parker, presented immunological relations to the group of the disease transmitted by ticks: *Rocky Mountain Spotted Fever* but, up to the present, there has not yet been shown the presence of the virus of the murine type in cases observed in the State of São Paulo.

It is absolutely necessary to study the virus isolated from patients and rats in order to make further conclusions.

There was not yet proved a qualitative and quantitative identity of the virus isolated from patients in the State of São Paulo and that of Rocky Mountain Spotted Fever; only immunological relations between the viruses of these two diseases were shown.

As there were made no tests of immunity, and no virus of the murine typhus has been isolated, how is it possible to diagnose the cases occurred?

The agglutination of the *Proteus* established by Felix is, indoubtably, of value in the verification of cases of exanthematic typhus, and, according to some authors, also for the differentiation in groups.

These tests have been valuable in the detection of cases of exanthematic typhus occurring in the interior of the State which were probably diagnosed as *grippe* or typhoid fever.

Blood was sent for examination to the late "Instituto Bacteriologico" now "Laboratorio Central de Saúde Pública, Instituto Adolf Lutz", having been shown by the high agglutinations of *Proteus* 0 x 19 (1:1.000 to 1:30.000) that those were suspected cases of exanthematic typhus.

The clinic examination, made by physicians of the Department of Health, confirmed the diagnostic.

The following insects are considered as possible vectors of the disease:

*Pediculus corporis* — (of Geer 1778) — louse of the body.

*Pediculus capitis* — (of Geer 1778) — louse of the head.

*Cimex lectularius* — (Merret 1667) — common bug.

*Pulex irritans* — (L. 1758) — flea of man.

*Xenopsylla cheopis* — (Rothschild 1903) — flea of mouse.

*Ctenocephalus canis* — (Curtis, 1826) — flea of dog.

The louse of the body (*P. corporis*) as well as of the head, (*P. Capitis*) are the vectors of classic typhus, according to Nicolle (1909), Goldberger and Anderson (1910).

In patients with exanthematic typhus, in São Paulo, rarely the louse of the body was found, the same was not observed with that of head, (*P. capitis*) which is found in patients removed to the *Hospital de Isolamento "Emilio Ribas"*, and according to Saborido and Meyer, may transmit the disease in São Paulo.

The occurrence of various cases in the same house, at the same occasion, and the fact that the louse was present, (*P. Capitis*), seems to indicate that this species is also a vector of the disease. Thus it seems that the cases observed were not transmitted by fleas of rats, as admitted by Mooser, Varela and Pils (1934).

The common bug (*Cimex lectularius*), that transmitted the disease only experimentally, seems to offer no danger, as it was found rarely in houses where more than one case has occurred.

The flea has been admitted as a vector of the exanthematic typhus in São Paulo, because it is the transmitting agent of the murine typhus.

On the other hand, the epidemiological characteristics are in favour of this supposition in the cases occurring in São Paulo.

On consulting the maps of the "Epidemiological Department", kindly put at our disposal by the Director, Dr. Sampaio Corrêa, we have observed that, in infected zones, the *cheopis* index changed from 5 to 10 in foci of rats, while, where the disease has not been registered, it was 3.

The disease generally occurs when the index exceeds 7.

In the Braz zone, in 1940, the flea index from rats collected principally in Florida Street was 2,78, in January. In April, it changed to 7,18, in May to 9,45, occurring one case of the disease in Monsenhor Andrade Street (near the Florida Street). The index decreased in June and July to 4, raising again to 8,16 in August. During that month a new case is registered in that zone, at Rodrigues dos Santos Street. The index decreases to 3,95 in September, descending to 1,14 in December, there being observed no more cases because of the measures taken by the "Epidemiological Department".

50)

In June 1940, the index observed at José Paulino Street reached 7.83, having been registered one case in the same zone, at n.º 32 Anhaia Street (June, 12, 1940). There is a decrease in the following month, approaching 2.3 in December.

Unfortunately, it was not possible to obtain more complete data with reference to other years. In conclusion, it may be said that, in the infected zones, the flea index was always high in certain epochs, and that, in zones where the disease was absent, it reached little more than 3.

In Perdizes District (Villa Pompeia and Perdizes), where the disease was registered under benign form, the flea index reached 18 in Turiassú Street.

In the zone called *semi-rural* by some authors (Jardim Gloria) the index taken at n.º 425, Domingos de Moraes Street, reached 13.

Thus we have seen the relation between the flea index (*Cheopsis*) and the occurrence of the disease. This fact should deserve the attention of the epidemiologists, because, as it happens with the plague, this index may, perhaps, direct the prophylaxis of the disease.

According to Brumpt, the conditions which favour the appearance of the murine typhus are the same that determine the plague, the principal vector of which is the flea *Xenopsylla cheopis*.

The relation between the flea and the rodents in the transmission of the exanthematic typhus shows why persons living accidentally in contact with these rodents may acquire the disease. Thus the extermination of rats, considered as reservoirs of virus, is absolutely necessary.

The flea index is of value for determining the efficiency of the measures employed.

By the fight that is being made by the "Epidemiological Department" based on the flea-index, against the plague, a greater number of cases of murine typhus in São Paulo have, perhaps, been avoided.

Flavio Fonseca states that the fact that the infection prevails in rural and semi-rural zones contradicts the hypothesis of the transmission by fleas; if these were the vectors, the disease would spread through the city, except in the case the fleas were not peculiar to rats, but to mammals living in the jungles.

But we insist that parasitism of man to this kind of flea was not yet shown.

We attribute to the efficiency of the "Epidemiological Department", under the competent direction of Dr. Sampaio Corrêa, the fact that the epidemic did not spread through city; in fighting rats and fleas to avoid the plague the spreading of the typhus has been avoided.

On the other hand, it must be considered that the murine typhus is transmitted to man only accidentally, as this disease does not kill rats and it is known that usually the fleas only leave the rats after their death.

In studying the history of the cases, we see that the first occurred in urbane zones, near to deposits of refuse infected with rats. They spread rapidly from one street to another reaching finally rural zones. This fact has been an argument for those who admit the hypothesis of the transmission by ticks. We know that the same happens in zones in the United States where the murine typhus occurs.

It is known that the murine typhus may spread to rural zones, transmitted by rats; there is, even, a relation between the increase of rats in rural zones and the appearing of cases of murine typhus (Bowdoin, Boston, Meleney).

Studying the epidemic of the murine typhus in Georgia, Bowdoin and Boston have reported that this disease is largely disseminated in rural zones. They verified that in rural zones there are usually many rats, because of the great quantity of food and garbage, and that the *Ratus norvegicus*, principal reservoir of the virus, prevails.

It is in warm and rainy months — October — November — December — January — that incidence of the disease increases in São Paulo; this is just the occasion at which fleas are most abundant.

The contrary has been observed with ticks, larvae and nymphs of which appear in abundance in cold and dry month (June, July, August and September). They are rare in warm and rainy months (October, November, December and January).

Being the habitations where the disease occurred isolated, with fallow areas, the ground of which is covered with creeping vegetation, these may be foci of ticks, as well as of rats, as it is a principle established in the prophylaxis of the plague, that these places also lodge rats, being thus advised that the yards, the fallow areas, as well as an area of 200 meters around the rural habitations should be kept clean and the grass cut.

Attention is called to the fact that in the fields, even in the rural zone, in accordance with the administrative division made by the "Prefeitura de São Paulo" (3rd. and 4th zones) where there are stables and, therefore, animals that spread the *Amblyoma cayennense*, only exceptional cases of the disease appear, because rats occur rarely.

Studying the disease by age or sex, we see that the masculine sex is more attacked (66,3 %) than the feminine sex (33,6 %).

When distributing the cases in large groups according to the ages, we see that there are more cases with the masculine sex than the feminine, especially between 5 to 9 years (masc. 20 — fem. 7) and 10 to 14 years (masc. 38 — fem. 13). Cases were more frequent in school age (51 cases), that is, from 10 to 14 years, but the incidence is greater from 14 to 35 years (46,5 %), while under 14 years is was 37,5 % and from 40 to 100 years 15,5 %. In spite of the fact that the percentage is high from 14 to 35 years, we observed that the children are usually more attacked.

Thus in houses where there are 9 to 10 persons, sometimes only the children are attacked, and often only the children of tender age (6 months to 2 years).

A notorious fact is that the female sex in median age, just when busy in house-work, is less attacked (37,3 %). It should be told that in this number there have also been included some cases of women who work in sack factories and corn-mills, places where rats are usually found, and therefore, where these women may be contaminated.

The man in this age is, therefore, the most attacked (62,7 %). This fact speaks in favour both of the endemic typhus, as well as of the diseases transmitted by ticks.

It seems that the disease is acquired in the environment of the habitation, as only the children of smaller age have been attacked.

The fact that the children are more attacked may speak in favour of the disease transmitted by ticks of dogs, as it happens in the United States with that transmitted by *D. Variabilis*, as well as by fleas in dwellings, carried by rats, or even by dogs.

As the more probable vectors of the disease among the *Arachnida* the following are given, there having already been shown the experimental transmission of some of these:

- a) *Amblyoma cayennense* — Fabricius
- b) *Amblyoma striatum* — Koch
- c) *Rhipicephalus sanguinus* — Latreille
- d) *Boophilus microphilus* — Canistrini.

Before we study the problem of the transmission and the fight against the vectors, it is necessary to study some questions of general biology.

Unfortunately, we are not well informed about the biology of the two principal species of ticks, more admitted as vectors of the disease here: *Amblyoma cayennense* and *Amblyoma striatum*.

Observations are incomplete; we know that the *Amblyoma cayennense* is found in man, horse, sheep, dog and hog, and the *Amblyoma striatum* in horse, goat, and dog. Nevertheless, we do not know the biology, especially of this last species in nature.

The *Amblyoma striatum*, peculiar to the dog, found frequently in the infected zones, is also considered as a vector of the disease, according to Salles Gomes and others.

As we have stated before, we do not know its biology in nature, and only know that the evolution is made in different hosts, there being, besides the dog, the horse, the goat, and unusually man.

We did not meet larvae and nymphs of this species, in the dwellings of zones in which exanthematic typhus occurs. In adult state, however, it is frequent in dogs of these zones.

In patients with exanthematic typhus this species was never found and only, rarely, the *Amblyoma cayennense*.

If the *Amblyoma striatum* would be the vector as has been admitted, we should meet it parasiting patients with some frequency, what has not happened up to the present.

It is known that the ticks, principally the male, holds fast to host, and, therefore, much care must be taken to remove it completely, otherwise its head would remain; thus its presence is noted.

Flavio Fonseca admits that the larvae are not found because they parasite man only during 3 to 6 days, and thus, when the symptoms of the disease appear, ticks have already left the patients. In this case, considering the number of larvas which must exist in such dwellings, they would yet be found on patients, even rarely, or in their dwellings.

On the other hand, the itching and the lesion produced by the head of ticks which remain when they are removed, show the presence of the acarus.

Attacking the man only accidentally, it is not probable that this species is the vectors of the disease.

It is necessary to study its biology in natural conditions, in order to know if the larvae attack the man and if they are found in the dwellings or in its surroundings. The occurrence of more than one case in the same dwelling would only be possible if people had been in contact with a great number of larvae, in order that the infestation of all of them would occur at the same time.

Against this supposition speaks the fact that no larvae of these species have been found in the dwellings.

In the Municipality of São Paulo, however, the existence of ticks in dwellings was not observed, not even in the rural zones.

The *Amblyoma cayennense* has also been indicated as one of the vectors of the virus of the exanthematic typhus. Tests made in the laboratories show this possibility.

Attacking with preference the equines, this species attacks man in any stage of its evolution, especially by the larvae, that live by thousands in certain periods of the year, in the cold and dry season.

It is found in infected zones where the disease occurs, but, more frequently, in those without infection, as "Alto de Santana" and "Vila Guilherme".

This species may be found in hen-coops, parasiting turkeys and hens; in these fowls, nymphs were already met.

In our few observations, we did not find these fowls parasited by such a species in dwellings where the disease occurred.



Investigations in this field would be interesting, as, perhaps, it would be possible to know why the disease occurs in the dwellings and their surroundings.

We have always found this species parasiting horses in infested zones (Butantã, Sumaré, Perdizes, Ipiranga, Agua Funda, Penha and Mandaqui).

It is very frequent in São Paulo; there is found a great number of larvae near the roads and by-paths, in the country.

It is astonishing that many people do not acquire the disease, when such a great number passes when travelling, being bitten by these ticks.

The *Amblyoma cayennense* rarely attacks the dog, we having found it only once in this animal.

It was never found in a great number of bovines we have examined.

It is also interesting that, being this tick frequently found in equines of infested zones, the men who are in contact with these animals, or live in the surroundings stables, do not acquire the disease, in spite of the fact that we have found, in these persons and in others of their families, larvae of this species.

Of the species admitted as vectors of the disease, remains the *Boophilus microphilus*, common tick of the ox. It may also parasited the dog, horse and goat, but does not attack the man in any phasis of its evolution; therefore, it does not offer any danger as vector in nature, although the tests made in the laboratory show that it may transmit the virus of exanthematic typhus.

The knowledge of the biology of the vectors, is, as has been already stated, important in the epidemiology. It shows that the natural conditions are different of those in the laboratory, and, thus, the "*hemato-fagous*" cannot often transmit the disease in nature, when this is possible in the laboratory.

The dissemination of ticks is favoured by the hosts. It is necessary to verify the number of animals in the infested zones, the species of ticks found, and its migration.

The table that we present shows the number of animals existing in the various zones where they are submitted to baths in order to remove the ticks. It is seen that the number of "hosts" of the *Amblyoma striatum* is very little in the infested zones (40 dogs), and very large in the zones that are not infected. (Vila Guilherme 264 dogs, Imirim 448). The same happens with "hosts" of *Amblyoma cayennense*.

In the zone of greater infestation, 132 equines and asses; in those not infested, 247 in Imirim and 180 in Vila Guilherme.

It would be possible to admit that the ticks in these zones are not infected and, therefore, the disease does not occur there. But it is not possible to understand, as we have already said, why, there existing infected ticks in the bordering zones and there passing regularly many animals from one zone to another, these are not attacked by the ticks, and these acaros are not transported to zones where the conditions are more favourable to the spreading of the disease.

The conditions given for the incidence of the disease are almost equivalent in the different zones mentioned by us.

Of the animals considered as habitual "hosts" of ticks, the only one that offers danger as a reservoir of virus, according to experiences realized, is the dog. This animal is yet more dangerous due to his habits. Frequently he goes through the countries, living often in familiarity with the man, sleeping under the bed or even in it, sometimes embracing children. Thus he is a dangerous element, not only as an habitual "host"



of the "*Amblyoma striatum*", but also of the *Ctenocephalus canis* which may also transmit the virus of the exanthematic typhus. However, nothing except the regular, bathing, is made to avoid these animals in houses where cases of the disease are registered.

Although it has not yet been shown that the equines and asses may be a reservoir of the virus, the attentions of hygienists should be called to them, as they are habitual hosts of the *Amblyoma cayennense*. These animals when taking infected ticks from an infested zone to one that was not infested may transmit the virus, as they transport milk and bread to the cities. However, the greater fight is being made against the cattle, which only exceptionally is attacked by the *Amblyoma cayennense*.

The fight against ticks has been almost limited to the *Boophilus microphilus*, as the campaign has in view the extinction of ticks of the cattle, which offer little or no danger to the spreading of the disease.

The cattle dogs, equines or asses which passes from one side to nother is regularly bathed.

It is absolutely necessary and urgent to establish safe basis of prophylaxis, first studying the biology of ticks, and afterwards fighting them with scientific principles.

It is remarkable that generally the larvae and nymphs of the *Amblyoma cayennense*, which attack with greater frequency the man, occur in the cold and dry months, (July, August and September); in spite of the fact that the incidence of the disease is greater in the warm and rainy months (October, November, December and January), an epoch in which ticks are scarce and found only in adult state. This acarus disappears with the rains, and notwithstanding it is in this epoch that the greatest number of cases of the disease occurs.

The rat has been incriminated as one of the reservoirs of the virus in São Paulo, having Lemos Monteiro (1933) and Travassos (1937) found rats naturally infected by murine typhus.

The gray rat — *Rattus norvegicus*, the rat of the soil, is the species that predominates in São Paulo, being for this reason probably the principal reservoir of the virus. It is abundant in the infected zones, both in the urban, as well as in the suburban zones, also called "rurals".

The disease also occurs there, and not only in groceries, deposits of sacks, and manufactories.

The relation between these deposits of garbage and the occurrence of the disease, shows that the rat is one of the probable reservoirs of the virus, having even Lemos Monteiro isolated, of one of the foci, a virus from *Rattus norvegicus* — which, by the characters of infection in guinea-pig, is similar to the virus of the classic typhus in Europe.

Another fact that calls the attention to the rat is the rapid dissemination of the disease in the State of São Paulo.

Registered in 1930, in 3 districts near São Paulo, it spread rapidly in the State, extending, in 10 years, to more than 25 districts.

The observation shows that the propagation is slow in the diseases transmitted by ticks, being limited to determined zones, according to J. Gordon and Kahn.

The disease has spread rapidly in the State of São Paulo, being remarkable that the agglutination of the blood of patients, in districts far from the city, in farms and fields, gives generally a high titer for Proteus O x 19 (1:10.000 to 1:50.000). These results show that we are dealing with the murine typhus, and thus transmitted by the rat.

NAMES	PLACES	First Vaccination	Second Vaccination	Third Vaccination	DISEASE	RESULT	Period elapsed after the vaccination
1 - J. B. C.....	Loreto	5.6.41	12.6.41		14.6.41	Died 18.6.41	In vaccination
2 - J. F. S.....	"	5.6.41	12.6.41	19.6.41	29.6.41	" 4.7.41	10 Days
3 - D. S.....	"	5.6.41	21.6.41	19.6.41	20.7.41	" 27.7.41	31 "
4 - W. T.....	"	5.6.41	12.6.41	—	28.8.41	" 28.8.41	64 "
5 - L. T.....	"	5.6.41	12.6.41	19.6.41	3.7.41	Recovered	14 "
6 - S. C. (1).....	"	5.6.41	12.6.41	19.6.41	14.11.41	Died 18.11.41	5 Months
A. V. C.....	Tatá	Agost. 1939				Died 10.11.40	16 "
S. R. C.....	"	Nov. 1940			4.9.41	" 8.9.41	10 "

The rapid dissemination of the murine typhus by the rat, in the rural zones, has been observed in the United States, according to Henry E. Meleney.

We do not affirm that the exanthematic typhus in São Paulo is transmitted by ticks or insects, but insist that the subject needs further studies in order to elucidate obscure points in the epidemiology.

The scientific basis to elucidate the problem consists in the study of the virus and the biology of its probable vectors and reservoirs, made logically, in order to conclude and establish the prophylatic measures.

In order to fight the disease, the measures suggested here are the following:

- a) — Combat the tick
- b) — Vaccination.

The combat to the tick has been made by the bath given to the animals in the various zones, where there are 11 "installations" in which bovines, solipedous, caprines, ovines and canines are bathed. In spite of the bathing, the disease continues to occur in the zones of Sumaré, Vila Clementino, Perdizes, Aclimação, Jardim Gloria, Ipiranga, Bosque da Saúde, Moóca, Parque Ibirapuera, Indianopolis, Jabaquara, Santo André and São Miguel, spreading throughout the State of São Paulo.

This measure is practically of little efficiency, as there is not known where part of the life of these ticks is developed. It being also difficult to bath periodically and with rigour all the animals of the infested zones the carriers of virus cannot be eliminated, and thus ticks continue procreating and infecting themselves.

We are not against this measure, but we think that, only after knowing thoroughly the biology of ticks, and after proving that they are the vectors, we shall be able to establish wise measures to fight the disease.

Vaccination has been advised as the only measure of real value and has been used principally by persons who live in contact with the patients in certain zones of the State of São Paulo.

Toledo Piza referring to the Spencer-Parker's vaccine against the spotted fever, on page 1.336 of his work published in 1941, gives a graphic of the cases of spotted fever observed in Loreto (graphic 5), in which he shows that after this year, time in which vaccination was initiated, there were registered 10 cases there.

Farther on, on page 1.338, he gives a list of the persons who were vaccinated and acquired the disease; there are 6, according to the cases numbered 1 to 6, in the table given below.

Discounting these 6 cases of vaccinated which acquired the disease of the 10 cases registered after the period of vaccination, we see that only 4 who were not vaccinated acquired the disease. We have, therefore, the following result:

Total number of individuals who acquired the disease after the institution of the vaccination . . . . .	10
Number of persons who were <i>not</i> vaccinated, and acquired the disease . . . . .	4
Number of persons vaccinated who were taken ill . . . . .	6

On the contrary, therefore, to what was stated by Piza, the vaccination made in Loreto shows exactly that the vaccine employed has not the protecting value which is attributed to it, as the mortality among the

vaccinated persons, as seen in the table given, was high (5 cases), only one person having been healed. Piza has not reported if in the 4 cases without vaccination there had been some of death. It is convenient to remark that this person who recovered had the disease 14 days after the vaccination, where, as there died just those persons who acquired the disease after a minimum of 30 days after the vaccination was made. This shows that the healing was not produced by effect of the vaccine, but, by the mildness of the case.

The fact that the disease has disappeared does not prove the value of the vaccine, as we know that the disease disappears a certain period to occur later, with an interval of 3, 4, 5 and 11 years, independently of vaccination, or any other prophylactic measure.

The disappearing in the "Horto Florestal" of Tatú, was yet for a shorter time; there the vaccination was made by the Health Department, and the revaccination by Piza, but, in 1942, on September 26th, 2 cases of the disease were registered:

- 1) S. M. S., mulatto, 54 years, domestic
- 2) O. S., mulatto, 18 years, potter.

It was early to take such conclusions as were taken by Piza. We shall only be able to conclude about the Spencer-Parker's vaccine against the virus of the disease in São Paulo, after a longer experience with a larger number of cases.

It is yet interesting to remark that, of the persons vaccinated mentioned by Piza 5 died, having only 1 recovered, what *proves that in these persons the evolution of the disease was not of little gravity, as it is usual in North America. This shows, therefore, that the vaccine has never had any beneficial influence in the evolution of the disease here, the contrary of what was observed by Piza.*

The contrary of what is observed in the graphic of R. R. Parker, mentioned by Piza (page 1.339), in which the number of deaths among the vaccinated is 3, it is seen Piza found a smaller number of deaths among the nonvaccinated than among those who were vaccinated.

The total of cases reported to by Piza reached 6 in the vaccinated, (of these 5 died) and of those not vaccinated there is no reference as to the number of deaths.

We see that the vaccination here did not give the results which is attributed to it, nor even has it attenuated the gravity of the disease, as it happens in the United States.

It seems that the case mentioned by Piza of a workman, who was not vaccinated and working with his vaccinated companions, was the only one who acquired the disease, does not prove so much the efficiency of the vaccine, as it is known that in a house with 17 persons, in the same conditions of life, only one may fall sick. A greater number of cases is necessary, in order to make further conclusions.

Piza states that the efficiency of the American vaccine is identical to that prepared in the "Instituto Butantan". In his papers, however, he does not mention if the persons who acquired the disease were vaccinated with the American vaccine or with that of the "Instituto Butantan".

As to the protection offered by these two vaccines, the experiences made in laboratory are contradictory. The protecting value of the Spencer-Parker's vaccine for the Rocky Mountain Spotted Fever was often verified in relation to the viruses of São Paulo and Minas Gerais, the opinions of the authors varying about this subject (Moreira, Magalhães, Lemos Monteiro, David and Parker).

J. Travassos and E. Dias, in recent works published in the "Memorias do Instituto Oswaldo Cruz" (1939) state the following, on page 176, about 60)

the tests made with the American vaccine, and that prepared by the "Instituto Butantan": — "The percentage of vaccinated animals which had Spotted Fever added to that which reacted to the inoculation of the virus ( $36 + 20 = 56\%$ ), shows that: the protective power of the vaccines employed, did leave some what to desire. Meanwhile, the percentage obtained of surviving was much significative ( $=79\%$ ), (Sic) and also that of guinea-pigs which were protected even against the febrile reactions, that is, totally immunised ( $=43\%$ )".

With reference to the vaccine prepared in the "Instituto Butantan", they state on page 166:

b) Vaccine S. P. + virus S. P.

"Out of 8 animals only 2 survived, which did not react. Of the 6 remainder, 4 deceased with symptoms of Spotted Fever, 3 of which showed also typical lesions of pneumony".

The laboratory tests (Travassos and Dias) are in accordance with the observations in Loreto and Tatú, that is, that the vaccines employed, (American and Instituto Butantan) leave to desire as to their protecting value, in relation to the disease observed in São Paulo.

We are great adepts of the vaccine, thinking even that it is one of the gratest defenses of the hygienists against infectious diseases, but, before using the vaccination, it is necessary to verify the virus type, or viruses existing in the State of São Paulo.

If there is a probability of the existence of the virus of the murine type in the State of São Paulo, how is it possible to offer any protection with the vaccine prepared with the virus of the Rocky Mountains?

Only after a complete study of the disease and of the type of virus existent here, it will be possible to establish the prophylactic measures, based on the preparation of the vaccine under scientific principles.

We think that as a preliminar to establish prophylactic measures, the following is necessary:

- 1) To study the probable vectors and its biology.
- 2) To study the reservoirs of virus.
- 3) To identify the virus or types of viruses existing in the State of São Paulo.
- 4) To prepare a vaccine which offers security for the identified virus.

#### REFERÊNCIAS:

- ALBALADEJO, L. — 1941 — Tifus Exantemático y otras Rickettsiosis exantemáticas, Madrid.
- ARAGÃO, H. B. — 1911 — *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 3: 145.
- ARAGÃO, H. B. — 1912 — *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 4: 120.
- ARAGÃO, H. B. — 1913 — *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 5: 263.
- ARAGÃO, H. B. — 1918 — *Rev. Museu Paulista*, 10: 377.
- ARAGÃO, H. B. — 1936 — *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, 36: 759.
- BAKER, G. E. — 1943 — *Jour. Am. Med. Ass.*, 122: 841.
- BOSTON, R. — 1940 — *Am. Jour. Pub. Health*, 30: 619.
- BOWDOIN, C. D. and BOSTON, R. 1940 — *The American Journal of Tropical Medicine*, 20: 537.
- BRUMPT — 1936 — *Précis de Parasitologie*, Paris.

- CASTAÑEDA, M. R. — 1940 — Porfilaxis específica del tifo exantemático, México.
- CASTAÑEDA, M. R. — e SILVA, G. ROBERTO — 1941 — *Jour. Immunol.* — 42:1.
- CASTAÑEDA, M. R. — 1930 — *Journ. Exp. Med.* 52: 195.
- CASTAÑEDA, M. R. e SILVA G. ROBERTO — 1939 — *Pub. Health Rep.* 54: 1337.
- CINTRA, A. P. ULHOA e PIZA, J. T. — 1920 — *Brasil Médico* — 34: 715.
- DJER, R. E. 1941 — *The Am. Jour. Trop. Med.*, 21: 163.
- ESQUIBEL, A. C. — 1938 — A extinção do Carapato no Município da Capital do Estado de São Paulo, São Paulo.
- DEYER, R. E. 1933 — *Publ. Health Report*, 48: 521.
- FELIX, A. — 1933 — *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* — 27: 147, 172.
- FONSECA, F. — 1935 — *Mem. Inst. Butantan*, 9: 27.
- GOMES, L. S. — 1933 — *Brasil Médico*, 47: 919.
- GOMES, L. S. — 1941 — *Rev. Inst. Adolfo Lutz*, 1: 21.
- KAHN, MORTON, C. — 1942 — *Public Health and Preventive Medicine* — Oxford Univ. Press, V. 2.
- LIMA, CARVALHO — 1933 — *Brasil Médico*, 47: 64.
- LIN, W. T. — 1942 — *Am. Jour. Hyg.*, 35: 231.
- MAGALHÃES, O. e MOREIRA, J. — 1937 — *Brasil Médico*, 21: 585.
- MAGALHÃES, O. 1939 — *Brasil Médico*, 10: 325, 329.
- MAGALHÃES, O. — 1939 — *Brasil Médico*, 11: 351, 362.
- MAGALHÃES, O. — 1940 — *Brasil Médico*, 30: 503, 504.
- MAGALHÃES, O. — 1941 — Provas de Imunidade Cruzada do Virus do Tifo Exantemático do Brasil, em Minas Gerais e em São Paulo e da Rocky Mountain Spotted Fever (Tipo Oeste), Imprensa Oficial do Estado, Belo Horizonte, Minas Gerais.
- MAGALHÃES, O. e ROCHA, A. — 1942 — *Brasil Médico*, 56: 233, 242.
- MELENEY, H. E. — 1941 — *Am. Jour. Pub. Health*, 31: 219.
- MEYER, e SABORIDO — 1933 — *Brasil Médico*, 47: 167.
- MONTEIRO, J., FONSECA, F. e PRADO, A. — 1932 — *Brasil Médico*, 46: 193.
- MONTEIRO, J., FONSECA, F. e PRADO, A. — 1932 — *Mem. Inst. Butantan*, 7: 41.
- MONTEIRO, L. — 1932 — *Brasil Médico*, 46: 361, 385.
- MONTEIRO, L. e FONSECA, F. da — 1932 — *Mem. Inst. Butantan*, 7: 41.
- MONTEIRO, J. LEMOS — 1933 — *Brasil Médico*, 47: 437.
- MONTEIRO, L. e FONSECA, F. da — 1933 — *C. R. Soc. Biol.*, 112: 402.
- MOOSER, H., VARELA, G. e PILS, H. 1934 — *Journ. Exp. Méd.*, 59: 137.
- MORTON C. KAHN — 1942 — *Public Health and Preventive Medicine*.
- NICOLLE, C. e LAIGRET, J. — 1932 — *Arch. Inst. Pasteur de Tunis*, 21: 251.
- NICOLLE, C. e SPARROW — 1932 — *Presse Médicale*, 40: 137, 139.
- PARKER, R. R., DAVIS, GORDON — 1933 — *Pub. Health Rep.*, 48: 501.
- PARKER, R. R. — 1941 — *The Am. Jour. Trop. Méd.*, 21: 369.
- PARKER, R. R. GORDON, DAVIS — 1934 — *Pub. Health Rep.*, 49: 298.
- PARKER, R. P. GORDON, E. DAVIS — 1932 — *Public Health Rep.*, 47: 1511.
- PIZA, Jr., S. de T. — 1928 — Carrapatos transmissores da Babesiose dos Animais Domésticos, São Paulo.
- PIZA, J. T., MEYER, J. R. de SALES GOMES, L. — 1932 — Tifo exantemático de São Paulo, São Paulo.



## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Sociedade de Medicina e Cirurgia de  
São Paulo

SESSÃO DE 15 DE JULHO

Presidente: Prof. Carlos Gama

**Um caso de Leishmaniose tipo sarcoide (primeiro caso brasileiro)**  
— Dr. José Alcantara Madeira—  
O A. trouxe ao plenário um caso interessante de leishmaniose tegumentar, tipo lupóide, o 1.º caso descrito no continente americano.

Após fazer considerações sobre a moléstia de Bocck-Schauman, discutindo a etiologia deste síndrome e mostrando o que encontrou na literatura, sobre as etiologias: tuberculosa, sífilítica e leprotica, passa finalmente a considerar a etiologia leishmaniotica. Cita o caso descrito por Ravaut, Gougeraut e Dufont e passa a descrição do caso: trata-se de um italiano residente há 30 anos em Barueri, zona onde é endêmica e

leishmaniose que se apresenta com lesão tipo sarcoide de Bocck localizada na região malar direita e fronte. A reação de Montenegro foi primeiramente negativa e depois positiva: o exame endo-nasal revelou lesões suspeitas de leishmaniose que se confirmou com o corte histológico onde foi encontrado várias leishmanioses; o mesmo achado foi encontrado em lesão frontal que foi posteriormente destruída pela eletro-coagulação; foi feito com êxito total o tratamento pelo eparseno. Era portador das lesões há mais de 3 meses. Todas as causas de simbiose com sarcoide de Bocck excluídas pelos exames radiográficos, reação, inoculação em cobaia, etc.

*para Mães e  
Filhos***A-DAHR****LAB. PRODAHR LTDA.**

C. POSTAL 2554 — SÃO PAULO

## SESSÃO DE 1 DE AGOSTO

Presidente: Prof. Eduardo Monteiro

**O problema da Pelagra no Brasil** — Por. Aluizio Marques — A sua conferência foi ilustrada com uma série de microfotografias e dispositivos dos seus casos e especialmente do que foi estudado sob o aspecto anatomo-patológico.

**Clinica e Radiologia do cancer broncopulmonar** — Dr. Marco Antonio Nogueira Cardoso. — O A. trouxe ao plenário um alto número de observações, acompanhadas de grande documentação radiológica, o que por si só constituiu êxito completo.

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE, MOLÉSTIAS TROPICAIS E INFECCIOSAS,  
EM 4 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. Mauro Pereira Barreto

**Sôbre a criação do "A. tarsi-maculatus" em condições artificiais.** — Drs. A. L. Airosa Galvão, Renato R. Corrêa e Sílvio J. Grieco. — Os autores obtiveram o acasalamento do "Anopheles tarsimaculatus", em condições artificiais, tendo atingido no momento atual pelo menos a 3.<sup>a</sup> geração. Partindo de 3 fêmeas capturadas em Caraguatatuba, litoral paulista, em 26-6-1943, conseguiram 3 oviposições entre 6 e 13-7-1943, cujas larvas foram criadas em infusão de trigo amadurecida. Os adultos delas saídos foram colocados em uma gaiola de musseline de 40 x 40 x 40 ms. Após 7 dias de permanência, com alimentação de passas de uvas, solução de glicose a 10% e sangue humano, foram separadas 40 fêmeas para oviposição, em tubos com papel de filtro úmido. A primeira oviposição fértil foi efetuada em 12-8-1943, portanto cerca de 1 mês após a da geração inicial. Tais ovos "eclodiram" normalmente no 2.<sup>o</sup> dia de incubação, suas larvas foram criadas em infusão de trigo com 1 o/oo de cloreto de sódio e os adultos delas saídos colocados em gaiolas nas mesmas condições que os da geração inicial. As primeiras oviposições, que constituíram a 2.<sup>a</sup> geração, foram efetuadas em 3-9-1943, em

cuba de vidro colocada dentro de um tanque e em conexão com o manguito de filó da gaiola. Desta maneira a oviposição se efetuou com mais facilidade. Todavia a vitalidade desta espécie não havendo oviposições diárias, mas sim cada 3 ou 4 dias, e o número de ovos variando de 80 a 750. Todavia a vitalidade das pupas tem sido boa, havendo eclosão de alados numa proporção de 70 a 90%. Isto faz supor que a produção pequena de ovos corra por conta de uma restrição nos acasalamentos devido às condições artificiais da gaiola, luz, temperatura, etc.

As condições ambientes têm sido as mesmas, que para as outras duas espécies, isto é, temperatura oscilando entre 21.<sup>o</sup> a 25.<sup>o</sup>C., umidade relativa entre 90 a 98% e ausência de correntes de ar.

Devido à falta de material, pois temos que manter as colônias de *A. albitalis* domesticus e de *A. argyritarsis*, não mais continuamos a seguir cada geração isoladamente, e colocamos todos os alados que vão nascendo na mesma gaiola. Todavia, pelo tempo decorrido entre a 2.<sup>a</sup> geração (3 de outubro) até a presente data (4 de novembro) julgamos estar com a 3.<sup>a</sup> geração evoluindo.

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA, EM 5 DE NOVEMBRO

Presidente: Dr. André Teixeira Lima

**Síndrome protuberancial — Estudo anátomo-clínico** — Dr. Osvaldo Lange. — É relatada a observação de um doente de 54 anos de idade, no qual, após "ictus", sem perda do conhecimento, se instalaram distúrbios condizentes com o diagnóstico de síndrome protuberancial, por lesão da parte posterior do terço inferior da hemiprotuberância direita: paralisia facial de tipo periférico e paralisia do motor ocular externo à direita e hemisíndromo sensitivo no hemicorpo esquerdo, excluída a face. Além destes sinais localizadores, o doente apresentava um síndrome cerebeloso no hemicorpo esquerdo, cioclonias velo-palatinas, mioclonias da mão e antebraço esquerdos e nistagmo vertical espontâneo.

O exame anatomo-patológico, praticado somente 4 anos após o início da moléstia mostrou lesões artério-escleróticas difusas, principalmente na protuberância, com múltiplos focos de amolecimento, entre os quais pôde ser localizado aquele que dera início à moléstia. O caso é discutido sob o ponto de vista anátomo-clínico, comentando o A., principalmente a sintomatologia que, erradamente, fora atribuída à lesão piramidal, lesão esta inexistente nos preparados examinados.

**Comentários:** — Prof. Aderbal Tolosa. O presente caso que foi exaustivamente estudado pelo dr. Lange, também foi por nós visto e acompanhado por muito tempo, durante a sua internação na enfermaria do prof. Almeida Pra-

do. É meu desejo no momento, comentar apenas a questão de hemi-síndromo cerebeloso do lado esquerdo, pois não estou inteiramente de acordo com a hipótese do dr. Lange de que o mesmo possa ser explicado pela lesão do pedículo cerebeloso superior do lado esquerdo. Isto, simplesmente por uma razão de ordem anatomo-clínica que foi colhida durante o exame anatomo-patológico, em que essa lesão não é muito convincente, pelo menos na observação macroscópica. É preciso não esquecermos também de que o doente apresentava esta sintomatologia contemporaneamente com o hemisíndromo sensitivo do lado esquerdo, que traduzia o acidente vascular sofrido pelo paciente. Peço ao dr. Lange alguns informes sobre a sintomatologia profunda. Também não vejo o motivo pelo qual uma lesão do lado esquerdo apanhando a via do pedículo médio que se cruza na ponte possa ter dado sintomas do outro lado.

Dr. Paulo Pinto Pupo. — O estudo destas questões de fisiopatologia é muito interessante, pois é o que traz mais progresso na solução de casos semelhantes.

Dr. Osvaldo Lange. — Ao prof. Tolosa, eu devo dizer que tenho a mesma opinião. A hipótese de que a lesão estivesse condicionando distúrbios cerebelosos, é muito simpática, mas também é verdade que os livros clássicos de neurologia não consignam esta hipótese, de modo que se fica sempre um pouco em dúvida.

**DR. SYLVIO COSTA BOOCK****LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS****RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134**

## SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 6 DE DEZEMBRO

Presidente : Dr. André Teixeira Lima

**Síndrome do andar superior da cápsula interna (hemiplegia sensitivo-motora)** — Dr. Ari Borges Fortes. — As questões relativas à sensibilidade são ainda muito mal conhecidas, quer anatómica, quer fisiologicamente e isso traz dificuldades à semiologia e à clínica. Lembra que foi Türck, em 1859, quem admitiu pela primeira vez a passagem de fibras sensitivas pela cápsula interna. Refere minuciosamente os estudos de Charcot (1872-1880) e seus discípulos sobre a chamada hemianestesia cerebral e as lesões da encruzilhada sensitiva. Mostra a impropriedade das observações clínicas deste grande mestre e os erros da sua localização anatómica das vias sensitivas na cápsula interna. Mais adiante, analisa o grande impulso que teve a questão da sensibilidade, graças aos estudos de Dejerine e seus discípulos (1895-1907). Diz que os autores franceses, desde então, passaram a admitir que as perturbações sensitivas dos hemiplégicos resultam de lesões talâmicas.

Descreve, pormenorizadamente, a composição da cápsula interna, quais os feixes que a constituem, e sua significação funcional. Encontra a cápsula não como um simples ângulo, traçado no plano, e sim como um diedro, visto no espaço e apresentando três dimensões. Divide o seguimento posterior da cápsula interna em dois andares superpostos; o superior e o inferior. Para ele, só o andar superior possui fibras sensitivas, tálamo-parietais, as quais explicam as hemiplegias sensitivo-motora de feição especial por lesão dessa região.

Na terceira parte da sua exposição, descreve pormenorizadamente o síndrome talâmico de Dejerine-Roussy, dita clássica, explicando a razão de ser dos seus diferentes sintomas. Refere, em seguida, as formas fragmentadas ou frustas do síndrome talâmico, que são chamados estados talâmicos pelo Prof. Austregésilo e que mereceram deste mestre e de J. V. Colares uma interessante publicação em 1931, nos Arquivos Brasileiros de Neurologia e Psiquiatria.

Passa então a estudar as hemiplegias capsulares, descrevendo três formas clínicas: hemiplegia motora pura, hemiplegia motora com hemianopsia e hemiplegia com hemianestesia. Insiste sobre os caracteres da contratura pirâmido-extrapiramidal de Austregésilo, observada nas hemiplegias capsulares, e descreve a que ele chama de mão capsular, isto é, a mão contraturada em flexão, fazendo comparação com a mão talâmica e fixando as diferenças entre as duas.

Enumera depois os elementos mórbidos do síndrome do andar superior da cápsula interna (hemiplegia sensitivo-motora), demonstrando-se na diferenciação entre os sintomas motores, sensitivos e psico-sensitivos. Estabelece o diagnóstico diferencial entre o síndrome talâmico e a capsular superior. Finalmente, descreve a circulação da cápsula interna com seus 6 vasos sanguíneos e menciona quais os síndromos vasculares dessa formação branca da base do cérebro.

## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE SETEMBRO

Presidente: Dr. João Noel von Sonleithner

**Extirpação parcial do pulmão** — Prof. Edmundo Vasconcelos. — O A. apresenta doentes operados. 68)

**Comentários:** — Dr. Nairo França Trench. — Um dos casos apresentados pelo Prof. Vasconcelos,

foi inicialmente assistido por mim. Como entusiasta e apaixonado pela cirurgia torácica, estudei meteticulosamente esse caso.

Até então, os conhecimentos hauridos na mais autorizada bibliografia, fizeram-me catalogar esse caso como de indicação cirúrgica precária ou mesmo inoperável. O pneumotórax diagnóstico revelara sinfise total do lobo afetado, aliás previsível, pois o doente tivera um derrame e o processo parenquimatoso era relativamente antigo. Interessado pela sorte do doente; submeti o caso à apreciação do Prof. Vasconcelos, que se propôs a operá-lo, o que fez com o melhor êxito, não obstante não ter encontrado uma única e pequena área entre os folhetos pleurais, livre de sólidas aderências. Um exame broncográfico feito bem mais tarde, revelou entretanto dilatações anormais dos brônquios do lobo a custa do qual se preencheu o espaço vazio criado pela lobectomia. Esta ectasia brônquica, entretanto, não criava sintomatologia alguma e, acreditamos, representa um aspeto do enfisema vicariante compensador.

Uma outra consideração que eu deseje fazer, diz respeito às cavidades pleurais residuais nas labectomias e pneumonectomias. Acreditamos que, uma vez solidamente cicatrizado o brônquio seccionado e principalmente se houve infecção da cavidade, deve-se recorrer à drenagem aspiratória permanente para obliterar mais rapidamente a cavidade. Nas pneumonectomias totais, mesmo que esse recurso não consiga obliterá-la totalmente à custa da mobilização do mediastino que se somará à ascensão diafragmática, retração parietal e espessamento pleural, poderá reduzi-la de muito. Uma ulterior operação plástica não será, então necessariamente tão extensa e mutilante.

Com relação à anestesia peridural na cirurgia torácica, experimentei-a depois de ouvir comentários e sugestões do Prof. Vasconcelos, — em um caso de abcesso

crônico pútrido e bronquiectasia do lobo superior esquerdo. Por contingências de idade e condições gerais do doente, a única intervenção possível era uma operação de Graham-Coquelet. Realizá-la com essa anestesia em condições surpreendentemente boas, e como bem frizou o Prof., ajudados pelo próprio doente que, a nosso pedido, podia mobilizar-se na mesa.

**Fechamento do duodeno nas úlceras do duodeno penetrantes no pâncreas.** — Prof. Edmundo Vasconcelos — O A. descreveu a sua maneira de agir em tais casos.

Comentários: — Dr. Piragibe Nogueira. — O Prof. Vasconcelos falou com conhecimento de causa sobre o assunto, tendo proporcionado à casa uma verdadeira aula. Todos nós conhecemos o valor e o brilho do prof. Vasconcelos e estamos de acordo na afirmativa de que os seus casos foram resolvidos de maneira muito satisfatória. Entretanto, como na cirurgia gastroduodenal há muitos pormenores escapou ao Prof. Vasconcelos alguns deles, principalmente no que se refere ao descolamento submucoso e fazemos questão de explicá-los. Assim é que no primeiro caso em que foi aplicada a técnica de Bett-Nissen pelo Prof. Vasconcelos, acreditamos que caberia perfeitamente a aplicação da técnica do descolamento submucoso e obter-se-ia duodeno bastante para cómodo fechamento. Evidentemente, há casos em que a questão não tem outra solução a não ser um fechamento econômico à Bett-Nissen ou variantes e isto se dá quando se visualizam os canais do pâncreas em uma úlcera baixa; deve-se então lançar mão de um fechamento no qual se aproveite a parede externa do duodeno, no máximo possível. As variantes técnicas de fechamento do duodeno nos casos difíceis são conhecidas de todo cirurgião mas nos casos de úlceras penetrantes é que tem grande valor o descolamento submucoso, para conseguir duodeno que permita bom fechamento,



principalmente nas úlceras do bulbo, perfuradas em espessura fibrosa reacional da cápsula do pâncreas ou do ligamento hápato-duodenal. Por outro lado é entretanto verdade que o descolamento submucoso não serve para resolver aqueles casos em que se tem logo abaixo da úlcera os canais pancreáticos e o seu criador Prof. Montenegro, nunca pretendeu tal cousa. Outra questão para a qual queremos chamar atenção é que o descolamento submucoso deve ser iniciado sobre parede duodenal boa, logo abaixo da área de perfuração, sendo este descolamento feito no tecido celular que existe entre a muscularis mucosae e a tunica circular da musculatura.

Dr. Cassio Montenegro. — Peço permissão para demonstrar certos pormenores de técnica do descolamento submucoso, que me parecem não ficaram bem explicados. A parede do duodeno compõe-se de 4 túnicas. A túnica mucosa é constituída pela camada das glândulas de Brünner que é bastante espessa. A muscularis mucosae não é bem individualizada e se perde naquela camada, por isso, o descolamento não pode ser feito no meio das glândulas de Brünner e sim na submucosa. O processo ulceroso corroi todas as túnicas da parede e somente não perfura em peritонеo livre, devido à fibrose peri-ulcerosa. Desde que o cirurgião entre no tecido fibroso, não encontrando um ponto de clivagem, poderá cometer graves acidentes. O Prof. B. Montenegro tem desde há longos anos lançado mão do processo submucoso, tanto nas úlceras penetrantes como nas, não

penetrantes, com muito bons resultados. O descolamento submucoso não pode evitar que se encontrem os canais pancreáticos e duodenais, no momento que atravessa a submucosa e sempre que houver implantação alta, ou descolamento muito baixo, o cirurgião defrontar-se-á com o problema da lesão dessas estruturas.

O descolamento submucoso resolve magnificamente todos os casos em que o colédoco e canais pancreáticos estão apenas repuxados e retraídos pela fibrose periculerosa. Nestes casos, à medida que o descolamento vai sendo realizado, aquelas estruturas afastam-se cada vez mais. Assim, um colédoco que no início do descolamento encontra-se a 4 ou mais cm. para baixo da zona de ligadura do manguito que estará por sua vez 1 a 2 dedos transversos afastado para o lado. Restaria lembrar o modo de penetrar no plano submucoso, que parecendo à primeira vista simples, é pormenor mais difícil para os que não estão familiarizados com o processo. Qualquer descrição sem a demonstração prática, operatória, será deficiente. Entretanto, um ponto fundamental é o de não se afastar nunca da parede gastro-duodenal, sendo preferível a abertura da luz gastro-intestinal, do que fugir ao plano de descolamento.

Dr. João Noel von Sonleithner. — A título de informação eu chamo a atenção do prof. Vasconcelos, para o fato de que o prof. Montenegro, no número de dezembro de 1936 da Revista Paulista de Medicina, publicou a técnica original do descolamento submucoso.

## SECÇÃO DE CIRURGIA EM 27 DE NOVEMBRO

Presidente: Prof. Eurico da Silva Bastos

**Pancreatectomia cefálica com conservação do arco cefálico e do canal colédoco.** — Nota prévia. — Prof. Eurico Bastos. — (O trabalho se acha publicado em síntese na Revista Paulista de Medicina. Veja pgs. 7-8).

70)

**Comentários:** — Dr. Piragibe Nogueira. — Em primeiro lugar desejo salientar o brilhantismo da comunicação do Prof. Bastos, sobre a "pancreatectomia cefálica". Comentando as primeiras tentativas da cirurgia pancreática, Sauvé em

1908  
esta o  
se o  
sere,  
quela  
tância  
metab  
pativo  
to, es  
e no  
realiz  
recen

Qu  
press  
se re  
tem  
muito  
mina  
em h  
neop  
avan  
caso  
uma  
entro  
pens  
neop  
ser o  
ve o  
crea  
raro  
neop  
crea  
cluin  
ques  
mole  
adm  
dito

D  
rela  
crea  
rela  
de  
dos  
D  
raç  
par  
cab  
cre  
rea  
nes  
raç  
de

ino  
às  
que  
con



1908 afirmou profeticamente que esta cirurgia só poderia progredir se o cirurgião se esquecesse da sereção externa do pâncreas, naquela época considerada de importância fundamental no equilíbrio metabólico e de supressão incompatível com a vida. Hoje, entretanto, está provado que não é assim, e no ano passado, em um trabalho realizei, divulguei os dados mais recente a este respeito.

Quanto ao arco duodenal, a impressão, que se tem, é de que para se retirar um tumor e conservá-lo tem que ser o tumor de tamanho muito pequeno. Daí a idéia predominante de se fazer a extirpação em bloco porque geralmente essas neoplasias têm conexões muito avançadas com o duodeno. No caso do Prof. Bastos foi realizada uma operação anatómica: creio entretanto que foi um caso feliz e penso que a grande maioria das neoplasias do pâncreas têm que ser operadas mais amplamente. Tive ocasião de intervir sobre o pâncreas algumas vezes; parece-me raro poder limitar a cirurgia das neoplasias da cabeça do pâncreas apenas ao pâncreas, sem incluir o duodeno, e isto por uma questão de patologia da própria moléstia. O caso do Prof. Bastos admitiu uma conduta que eu acredito excepcionalmente aplicável.

Dr. Mário Degni. — Quanto às relações do colédoco com o pâncreas, tenho verificado que estas relações são feitas por intermédio de um tecido frouxo em quase todos os casos.

Dr. Daher E. Cutait. — A operação proposta pelos americanos para os casos de carcinoma da cabeça do pâncreas, é uma pancreatoduodenectomia, que tem sido realizada, com relativa frequência, nestes últimos anos. É uma operação muito grave, com mortalidade elevada.

Muitos casos são considerados inoperáveis à laparotomia, devido às dimensões do tumor, de sorte que a operação se restringe a constatação desse fato e nada

mais. É verdade que, em grande parte desses casos, a massa encontrada representa a expressão fiel da extensão do tumor. Casos há, porém, cujo volume não depende apenas do tumor pancreático propriamente dito, mas também do edema e congestão, que freqüentemente se superpõe ao mesmo. Estas condições são, às vezes, tão acentuadas, que fazem o cirurgião considerar inextirpável a massa encontrada. De fato, esta parece inextirpável pela pancreatemia cefálica do prof. Bastos, assim como também quando a pancreato-duodenectomia em um só tempo. É porém, surpreendente o que se verifica quando a pancreato-duodenectomia é realizada em 2 tempos. A primeira laparotomia, que consiste nas anastomoses bilio-digestivas (gastro-jejunostomia, jejuno-jejunostomia e colecisto ou colédoco-jejunostomia), o tumor congesto e edemaciado é de dimensões enormes; à segunda laparotomia, 15 a 30 dias após a primeira, que consiste na pancreato-duodenectomia, propriamente dita, verifica-se com espanto que o tumor está consideravelmente reduzido de volume, às vezes à metade das dimensões primitivas. Isto é devido ao desaparecimento ou redução considerável do contingente edema e congestão, à custa das anastomoses preliminares, acima citadas. Dessa maneira, o que poderia parecer à primeira vista um tumor inextirpável, torna-se agora um tumor operável. Estes casos não são muito frequentes, mas devem ser sempre levados em consideração quando se pretende tratar cirurgicamente o câncer da cabeça do pâncreas.

Prof. Eurico da Silva Bastos. — Agradeço aos colegas os comentários que fizeram. A técnica que eu descrevi, tem as suas limitações, e só serve para casos em início. Com a progressão dos meios de diagnóstico é de se prever que para o futuro, o cirurgião vá encontrar estes tumores em fases bem mais precoces de sua evolução. Nos casos de tumores grandes, as mano-

brás de descolamento dependem da forma e do tipo do pâncreas, sendo mais fácil em um caso, e mais difícil em outros.

**Úlcera péptica do íleo.** — Drs. Mário Fanganiello e Cássio Montenegro. — Os autores relatam, pela primeira vez no Brasil, o encontro de úlceras pépticas do íleo como complicação de gastro-êntero-anastomose em má posição (gastro-íleo-anastomose).

Lembram que a gastro-íleo-anastomose é um erro de técnica pouco freqüente e que esta raridade se acentua porque os cirurgiões que o praticaram evitam a sua publicação. Os casos vindos a luz, o foram sempre por outros cirurgiões que surpreenderam o erro alheio.

Por comunicações verbais, os AA. apuraram que em São Paulo já houve 2 casos de gastro-íleo-anastomose, em ambos, tendo-se estabelecido no posoperatório o chamado circulo vicioso. Num dos casos a verificação se deu na reoperação e no outro, na necrópsia. Estes casos não foram entretanto publicados.

Na literatura mundial, já estão assinalados até o momento, 30 casos de gastro-íleo-anastomose; nem todos os casos desenvolveram úlceras péptica do íleo o que vem realçar o valor casuístico da presente comunicação.

Trata-se de um indivíduo de 40 anos, casado, operário, branco, brasileiro, residente no interior do Estado. Conta que há 4 anos, começou a sofrer "dôr de fome" no epigastro, que cedia com a ingestão de alimentos acompanhada de plenitude gástrica e azia. Há 10 meses (em relação a data em que nos procurou) foi submetido, na cidade onde reside, a uma gastro-êntero-anastomose por úlcera duodenal. Dois dias após a operação, foi acometido de diarreia e vômitos fecalóides. Esteve muito mal, melhorou, mas desde essa ocasião apresenta diarreia com exoneração de alimentos ingeridos até duas horas antes, vômitos fecalóides e

emagrecimento progressivo. Há algum tempo nota edema dos membros inferiores e formigamento nas extremidades. Pouco tempo depois da operação reapareceu dôr intensa na região umbilical com exacerbações de tipo cólica.

O exame físico mostrou um indivíduo em profundo abatimento físico e moral. Anêmico, com edema dos membros inferiores e ascite. Eventração de cicatriz mediana no epigástrico. O exame radiológico revelou anastomose do estômago com a última porção do íleo. Enchimento imediato do colons ascendente, e transversos.

Preparo pre-operatório intensivo, reforçado por vitaminas e transfusão de 2.500 cc. de sangue num período de 20 dias.

Intervenção sob raque-anestesia com percaína a 0,5%, 2,1 cc. Encontrou-se a anastomose do estômago com a última porção do íleo, a 8 cms. da válvula íleo-cecal. Íleo espessado, edemaciado, congesto. Num e noutro ângulo da boca anastomótica havia um calo fibroso indicativo de ulceração calosa. Cicatriz esbranquiçada no bulbo duodenal. Foram ressecados cerca de 15 cms. de alça ileal. Reconstituição do íleo termino-terminal, em 2 planos. Gastro-duodenectomia-parcial com ressecção de 2/3 do estômago pela técnica de Reichel-Polya, padronizada no serviço do prof. B. Montenegro (4.º C. H. da Santa Casa). Plástica da parede para correção da eventração. Fechamento em planos com pontos separados.

A intervenção decorreu muito bem e no post-operatório além da terapêutica habitual, foram realizadas transfusões num total de 1.500 cc. de sangue.

A evolução foi excelente, sem complicações posoperatórias. Cicatrização por primeira intensão. Como preventivo foram colocadas 8 grs. de sulfanilamida cristalizada na cavidade peritonal e na parede. Dreno de crina no ângulo inferior da ferida operatória. Retirada do mesmo ao fim de 48 horas.

O paciente tem voltado regularmente para "follow up". Acha-se completamente restabelecido, engordou e trabalha regularmente.

Finalizando, os AA. no diagnóstico deferencial afirmam que a diarreia com eliminação de alimentos ainda não digeridos, vômitos focalóides e perda de peso num paciente submetido a uma gastroenteroanastomose, deve fazer pensar no diagnóstico de gastro-ileoanastomose, devendo-se excluir porém a fistula jejuno-cólica, visto que neste caso a sintomatologia aparece sempre depois de decorrido algum tempo da operação.

#### **Tratamento das artrites deformantes pela paratireoidectomia.** —

Dr. S. Hermeto Júnior. — O A., neste trabalho, tem, como finalidade, mostrar os resultados que se obtém tardiamente das paratireoidectomias, utilizadas nas artrites deformantes. O A. salienta, como fundamental o diagnóstico exato, o que se consegue por um estudo apurado da parte clínica, pela análise minuciosa dos filmes radiográficos e pelos exames de laboratório (principalmente hemograma, hemossedimentação, dosagem de cálcio, fósforo e fosfatase e ácido úrico).

A seguir, é exposta, sem breve síntese, o protocolo de 20 observações pessoais, analisando-se principalmente, as alterações reveladas pela radiologia, características das artrites deformantes (artrites hipertróficas dos americanos). Nesta casuística estão incluídos algumas observações de espondilose (a. hipertrófica da coluna). O tipo clássico da operação utilizada, pelo A., foi a paratireoidectomia unilateral.

Os resultados tardios, são os seguintes, considerando seis doentes reoperados: ótimos resultados em 4 doentes; melhoras dos sintomas dor e bloqueio articulares, em 10 doentes; resultados nulos, em 6 casos.

O A. salienta que, entre os 4 ótimos resultados tardios, está in-

cluído um dos mais graves casos que teve, sob o aspecto anatómico (poliartrite deformante).

O A. é de opinião que, ainda, a cirurgia paratireoideana, apresenta indicações bem precisas nas artrites deformantes (a. hipertróficas).

**Comentários:** — Dr. Marcello Lucchesi. — Por dedução do que observaram na osteose fibro-cística, ou moléstia de Recklinghausen, procuraram os autores europeus, o primeiro dos quais foi Oppel, em 1926, ver uma relação direta, etiológica comum, entre o hiperparatireoidismo e a artrite reumatóide, por eles designada com denominações múltiplas, entre as quais a de poliartrite crônica primitiva.

Entre os inúmeros termos mais ou menos generalizados para especificar esta modalidade de artrite crônica, figura o de Virchow, artrite deformante. Tal denominação é incorreta por implicar um prognóstico sistemático e implacável de aleijamento grotesco, o que não corresponde à realidade. Se tratarmos convenientemente os portadores de artrite reumatóide, e em fase oportuna, antes que sobrevenha o período terminal, ancilose, ótimos resultados são conseguidos em cerca de 85 % dos casos. Os restantes 15 % evoluirão implacavelmente para a ancilose, apesar da boa terapêutica administrada. Nunc, porém, irão é deformação se medidas ortopédicas preventivas forem instituídas adequadamente.

Usamos e preconizamos a expressão "artrite reumatóide" por figurar, ela, na classificação elaborada e adotada pela Liga Internacional Contra o Reumatismo.

A hipótese do hiperparatireoidismo como fator responsável pelo aparecimento da artrite reumatóide, hipótese de duração efêmera, aliás, originou-se do desconhecimento que os autores defensores de tal teoria tinham sobre a artrite reumatóide, em seus múltiplos aspectos; além do que, no caso de Oppel, erros nos métodos de

dosagem do fósforo e do cálcio, em reumáticos, foram o ponto de partida que pretendeu associar intimamente os dois síndromos. Na própria Europa, contudo, já há quase 10 anos, e mais anteriormente, nos Estados Unidos, foi reconhecida a falta de fundamentos científicos da hipótese hiperparatiroídiana.

Razões de ordem etiológica, anátomo-patológica, radiológica, clínica, bioquímica e terapêutica, e cuja análise não cabe neste comentário, demonstraram definitivamente que as paratiróides, em hiperfunção, nada têm que ver com a artrite reumatóide.

Em relação à manipulação das paratiróides com objetivo terapêutico, na artrite reumatóide, fatos paradoxais foram observados amiúde.

O primeiro deles é a constatação, durante muitos anos, do aspecto histológico normal das paratiróides nos reumáticos. Os focos hemorrágicos, algumas vezes verificados nas glândulas retiradas, corriam por conta do próprio traumatismo cirúrgico. Fato mais interessante, porém, em muitos casos, verificou-se a ausência de tecido paratiroídiano na peça operatória, constituída de simples pelotão gorduroso, tal como verificou Berard, por exemplo, em 20 dos 21 doentes operados.

René Simon, provocando hiperfunção paratiroídiana por excitação química da glândula, observou bons resultados na artrite reumatóide.

Weissenbach, Françon, Perlés, Saidman, constataram grandes melhoras conseqüentes à administração de extrato paratiroídiano em portadores de artrite reumatóide anteriormente paratiroidectomizados.

Significativo é a constatação das grandes melhoras que as portadoras de artrite reumatóide experimentam no período da prenhez, durante a qual podemos observar a regressão de todas as manifestações da doença. E, no entanto, sabemos que durante a gravidez há

76)

um estado permanente de hiperparatiroidismo (Boztywaski) para mobilização do cálcio materno. Se durante esse período houver hipofunção das paratiróides, a gestante imediatamente entrará em tetania. Haberland cita o caso de uma enferma que apresentou um adenoma tiroídiano, durante a prenhez que comprimiu as paratiróides, incluindo-as. Como resultado, sobreveio a morte por tetania gravídica.

A extirpação accidental das paratiróides realizada durante a tireoidectomia, provoca muito frequentemente a tetania, em gestantes. A eclâmpsia gravídica seria devida à insuficiência das paratiróides, em vista das melhoras obtidas com a administração de extrato paratiroídiano.

As melhoras temporárias assinaladas em alguns casos de artrite reumatóide, conseqüentes à paratiroidectomia, são devidas a três fatores:

a) Sendo a artrite reumatóide uma moléstia cíclica, com fases alternadas de atividade e de acalmia, tal como se observa na úlcera duodenal, por exemplo, qualquer medida terapêutica que coincida com um período de remissão poderá ser interpretada como de ação favorável, quando esta circunstância for desconhecida. Como as melhoras assinaladas por alguns autores adeptos da paratiroidectomia não foram além de 6 meses, conclui-se serem elas a coincidência com uma fase de acalmia:

b) Segundo nossa opinião, a ação efêmera da paratiroidectomia, nos enfermos de artrite reumatóide, seria de efeito meramente psíquico, tal como já se observou com outras medidas terapêuticas, pois idênticas melhoras foram constatadas em doentes nos quais fora praticada simples incisão da pele, no pescoço, seguida de sutura imediata;

c) O choque cirúrgico é outro fator ao qual deve ser atribuído o efeito temporário da paratiroidectomia. Bons resultados são ob-

tidos em portadores de artrite reumatóide provocando-se choque medicamentoso, quando houver indicação e quando permitirem as condições do enfermo.

Os adeptos do hiperparatiroidismo em todos os casos de artrite reumatóide de origem infecciosa. Ora, qualquer artrite reumatóide oferece sinais indubitáveis de uma infecção generalizada, principalmente evidenciáveis para o lado do sangue.

Autores há que praticam a paratiroidectomia em doentes por eles diagnosticados como sendo artrite reumatóide, nos quais reconhecem não haver um estado de hiperparatiroidismo em virtude dos resultados inteiramente normais dos exames de laboratório efetuados no sentido de surpreender uma desordem metabólica, fosfo-cálica. Baseados em qual ou quais fundamentos científicos, então, praticam eles a paratiroidectomia?

No campo experimental quer em animais de laboratório (Aub, Bauer, Albright, Mandl, Uebelhor, Parhon, Itoff, Leriche, Yung, Jaffé, Bodansky, Blair, Rutishauer, Bréchet, Pergola) quer no homem (Johnson, Wilder, Parthou-Stephanescu), injeções repetidas de extrato paratiroidiano ou de paratormônio, puro, somente reproduziram o síndrome da osteose fibro-cística, com hipercalcemia; nunca, porém, as alterações típicas da artrite reumatóide.

Como conclusão, lamentamos que, após os grandes progressos de reumatologia nestes últimos anos, principalmente pela contribuição dos AA. norte-americanos e ingleses, em nosso meio ainda se procure estabelecer um paralelismo entre artrites e hiperparatiroidismo e, consequentemente, tentar a extirpação das paratiróides com o intuito de beneficiar o doente.

Se já constitui falta grave o fato de muito freqüentemente adotarem-se medidas sumárias e radicais para o lado dos dentes e amígdalas, como medida terapêutica nas artrites crônicas, o que

dizer, então, sobre gesto muito mais grave e, possivelmente, de consequências sérias, qual o das paratiroidectomias?

Corroborando este nosso comentário transcrevemos o parecer de alguns autores de experiência sobre o assunto:

Berard, Thiers e Henry, em 20 de 21 pacientes portadores de artrite reumatóide, encontraram as paratiróides absolutamente normais. O exame histopatológico apenas revelou lesões hemorrágicas devidas unicamente, ao traumatismo operatório. Como conclusão, dizem: "A hipercalcemia é muito rara na artrite reumatóide, e os sinais de hiperparatiroidismo estão absolutamente ausentes".

Berard, nas Jornadas Médicas Internacionais de Paris, realizadas em 1937, chegou à conclusão de que não há relação alguma entre paratiróides e artrites, seja qual for o tipo.

Galeazzi, perante o Congresso do Comité Italiano Contra o Reumatismo, realizado em Milão, a 25-26 de setembro de 1937, como conclusão do seu relatório afirmou o seguinte: "a hipótese de Oppel, 1.º) de que a artrite reumatóide seja de origem endocrinopática e, mais precisamente, dependente de uma desordem metabólica, devida a alterações das paratiróides, e 2.º) que a artrite reumatóide seja curada ou simplesmente melhorada por tempo duradouro, por intermédio da paratiroidectomia, são evidências que nunca foram confirmadas pelos resultados práticos".

Chifoliau constatou melhoras notáveis após a intervenção cirúrgica e cujo exame histológico do tecido retirado demonstrou a ausência de tecido paratiroidiano. Idênticas melhoras observam-se com a simples incisão cutânea do pescoço. Todos esse resultados são absolutamente temporários.

Comroe, em 1942, resumindo a opinião de todos os reumatólogos norte-americanos e ingleses, e externando o próprio conceito do Comité Americano Contra o Reu-



matismo, afirma: "No presente momento, o consenso unânime de opinião é de que não há relação alguma, provada, entre qualquer forma de artrite e hiperparatiroidismo, sendo, por conseguinte, contraindicada a paratireoidectomia em qualquer modalidade de artrite".

Moreno, referindo-se ao tratamento cirúrgico das artrites, escreve, textualmente, que "a paratireoidectomia é um capítulo que já há muitos anos entrou na História da Medicina".

Tecemos estas considerações baseados não somente nos fatos constatados pelos reumatólogos estrangeiros, mas, também, pela experiência pessoal adquirida na observação e convívio de cerca de 100 casos de artrite reumatóide que estiveram ou ainda estão em tratamento, em nossa clínica.

Dr. Mário Degni. — Um fato interessante para a documentação clínica, é o estudo do equilíbrio ácido-básico nestes doentes, que tem grande interesse na questão da mobilização cálcica, e no entretanto o dr. Hermeto nada apresentou, neste particular. Desejo saber se em seus doentes o dr. Hermeto Júnior fez a dosagem da reserva alcalina, índice clorêmico e equilíbrio ácido básico. É interessante também a questão da acidose local, tão defendida por Büngeler, que a apresenta como reação geral do tecido ósseo na patologia do sistema.

Dr. Hermeto Júnior. — Com relação aos comentários do dr. Luchesi, seria necessário um novo trabalho para responder à sua réplica. Muito me espantou saber que ele ignora aquilo que os clássicos alemães chamam de artrite deformante. Quem conhece a literatura sabe perfeitamente classificar estas formas aqui indicadas.

Quanto à questão da paratireoidectomia, para evitar polêmica, eu desejo apenas protestar junto à mesa da secção de Cirurgia por

80)

ter o dr. Luchesi achado que a questão, pertencia à História da Medicina. Nesta questão, não estou argumentando com opinião alheia, pois, trouxe na sessão de hoje, 20 casos, bem documentados, acompanhados das respectivas radiografias e documentação anátomo-patológica. Nos AA. alemães o dr. Luchesi pode ter a compreensão dos casos aqui apresentados.

Um outro ponto, que não cabe autoridade ao dr. Luchesi para julgar, é fato de, sendo ele um leigo em cirurgia, vir a uma sessão dessa especialidade, para, sem nenhum conhecimento de causa, criticar um assunto puramente cirúrgico. Como se atreve a fazer isso, se no "Index Medicus" mais recente ele poderá encontrar vários trabalhos, bastante recentes sobre a paratireoidectomia. É verdade que Leriche limita as suas indicações, mas nunca as excluiu. Portanto se o dr. Luchesi acha que é uma heresia discutir este assunto em uma sessão de cirurgia, isto vem pôr em cheque a própria mesa da Secção, principalmente quando estes comentários partem de quem não tem a mínima experiência cirúrgica.

Para encerrar desejo deixar consignado o meu mais veemente protesto em nome dos cirurgiões, pelo fato de ter um colega leigo no assunto criticado o direito de apresentar a nossa casuística.

Prof. Eurico Silva Bastos. — Os debates acalorados sempre sucedem quando duas opiniões se chocam. O que talvez tenha parecido ao dr. Hermeto Júnior um pouco ríspido, por parte do dr. Luchesi, estou convencido de que não o foi de causa pensada, mas sim por um maior calor na exposição de suas idéias, manifestadas com um pouco mais de ênfase. É verdade que a sua opinião poderia ter sido dita de maneira diferente, de modo a não ofender o dr. Hermeto Júnior. A mesa permite que cada um se manifeste a seu modo, de forma que, encerrando este pequeno incidente, pe-

dimo  
não  
ches

Ga  
senta  
gibe  
inicia  
tórica  
rindo  
Arna  
zado  
um p  
de A  
em l  
depo  
molê  
que  
para  
vário  
senta  
lapar  
tros  
tênci  
ment  
torna  
vultu  
dêsse  
tomia  
com  
Servi  
periê  
testir  
dicaç  
porci  
cons  
não  
tor c  
tênci  
farão  
total  
gada  
estór

SECO

No  
derm  
to M  
estat  
serva



dimos ao dr. Hermeto Júnior, que não veja nas palavras do dr. Luchesi um animo exaltado, nem a

intenção de qualquer ofensa, mas apenas uma exposição talvez um pouco viril demais de suas idéias.

## SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE DEZEMBRO

Presidente: Prof. Eurico da Silva Bastos

**Gastrectomia total** (com apresentação do doente) — Dr. Piragibe Nogueira. — O autor fez, inicialmente, uma apreciação histórica da gastrectomia total, referindo-se especialmente ao caso de Arnaldo Vieira de Carvalho, realizado em 1900 e que sobreviveu um pouco mais de três anos e 10 de Alípio Correia Neto, publicado em 1940 e que faleceu 4 meses depois da intervenção de provável moléstia intercorrente. Assinala que a gastrectomia total depende, para sua feitura com sucesso, de vários fatores alguns locais representados por situações que só a laparotomia pôde verificar, e outros gerais que englobam a resistência do doente e rigoroso tratamento pré e pós-operatório que o tornam capaz de suportar bem o vulto da intervenção. Por causa desses requisitos é que a gastrectomia total somente é praticada com resultados compensadores nos Serviços que possuem grande experiência com a cirurgia gastro-intestinal. Feita dentro de boa indicação e bem conduzida, ela proporciona resultados que permitem considerá-la operação de prática não excepcional. Acredita o autor que a melhoria crescente da técnica e do pré e pós-operatório farão, no futuro, a gastrectomia total substituir as ressecções alargadas nos casos de carcinoma do estômago. Principalmente por ês-

te motivo é que o autor pormenoriza certos pontos da técnica, que representam contribuição, através de longo tempo, de vários estudiosos do assunto, e que são entre os mais importantes: a proteção da sutura anastomótica, por retalhos do peritônio diafragmático, a execução do 1.º plano posterior por pontos só ajustados depois que todos foram passados no jejuno e no esôfago, a fixação da alça aferente e da eferente no diafragma e a dispensa por desnecessária da jejuno-jejunostomia. Com a apresentação do operado, que sobrevive já há 5 meses, o autor somente visou comprovar que as funções digestivas se fazem bem, e que o exame funcional do aparelho digestivo, o hemograma e os dados radiológicos estão de acordo com o bom estado geral do operado, que aumentou 9 quilos depois da intervenção.

**Anestesia pela refrigeração nas osteomielites** (Nota prévia) — Dr. Daher E. Cutait e Ddo. Fábio dos Santos Musa. — Os autores referem o emprêgo da cri anestesia com bons resultados nas osteomielites, mesmo em pacientes apresentando estado geral mau.

A casuística é pequena, mas os autores prometem voltar à Secção trazendo maior número de observações.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 29 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

**Noções gerais sobre algumas dermatoses alérgicas** — Dr. Ernesto Mendes. — O A., com dados estatísticos, baseados nas suas observações, tece comentários sobre

as várias dermatoses alérgicas, analisando a incidência dos alérgenos provocadores, no nosso meio, e os métodos terapêuticos empregados.

**Histamina e reação alérgica.** — Dr. Rocha e Silva — O A. apresentou minuciosa discussão do mecanismo do choque anafilático nas diversas espécies animais e das manifestações alérgicas no homem. Especial atenção foi dispensada ao estudo da libertação de histamina dos tecidos sensibilizados, quando em contacto com o antígeno. As provas de que a histamina desempenha papel importante na produção dos sintomas anafiláticos e alérgicos vêm-se acumulando, e pôde-se afirmar hoje que a histamina é responsável pelas manifestações mais graves do choque anafilático, a saber, queda da pressão arterial, no coelho e no cão, e enfisema pulmonar, na cobaia. A participação de outras substâncias ativas libertadas, como heparina, "slow reacting substance", acetil-colina, adenosina, etc. poderão explicar sintomas menores, como incoagulabilidade sanguínea, bloqueio cardíaco e parte da hipotensão que caracteriza o choque anafilático.

Passando ao estudo da participação da histamina nas manifestações alérgicas do homem, o Dr. Rocha e Silva salientou a diferença entre alergia bacteriana ou infecciosa e alergia anafilática ou histamínica. As alergias anafiláticas ou histamínicas — asma, rinite vaso-motora, urticária, doença do soro, edema angio-neurótico — apresentam profunda analogia com os sintomas do choque anafilático nas diversas espécies animais. A asma humana apresenta pontos de contacto com o choque anafilático da cobaia, o colapso,

freqüente na alergia ao frio, na doença do soro, nas idiossincrasias a drogas, é um sintoma comum do choque anafilático em todas as espécies animais; a rinite vaso-motora, a urticária, o edema angio-neurótico apresentam como sintoma predominante, um aumento da permeabilidade capilar, que é uma manifestação típica das anafilaxias local e geral. As alergias anafiláticas se caracterizam portanto por manifestações vasculares ou de contração da musculatura lisa, rápidas, reversíveis e inespecíficas, isto é, independentes da natureza dos agentes causadores (antígenos ou alérgenos). As alergias bacterianas ou infecciosas são tardias e envolvem reações celulares mais profundas, de certo modo típicas do agente mórbido que as produziu. Uma revista sucinta dos trabalhos de Horton e cols., Katz e cols., Rose e cols. e de muitos outros, mostraram as bases experimentais, em que se funda, hoje, a idéia de que a histamina é, senão a única, pelo menos a causa mais importante das manifestações da alergia anafilática.

O Dr. Rocha e Silva encerrou o seu trabalho discutindo os possíveis mecanismos da libertação de histamina, não só no choque anafilático e na alergia humana, como também dos tecidos submetidos à agressão de agentes inflamatógenos.

A comunicação acima foi publicada na íntegra no número dedicado à alergia, da Revista Médico-Cirúrgica do Brasil, janeiro de 1944.

## SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 30 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

**Alergia na lepra.** — Dr. Abrahão Rotberg. — O trabalho foi publicado na íntegra. Veja Rev. Paul. Med. XXIV, 283-286, maio de 1944.

**O aparelho digestivo na etiopatogenia das dermatoses alérgicas**  
(84)

— Dr. Guilherme Vilela Curbam. — O A. estuda os mecanismos fundamentais pelos quais o aparelho digestivo pode participar na etiopatogenia das alergodermias internas, a saber: a) como simples via de introdução de substâncias capazes de sensibilizar a pele;

b) c  
forma  
tânci  
modi  
nand  
sens  
cal  
ginal  
capa  
da  
exist  
socia  
tegre  
no  
O A  
dos  
gene  
toda  
fica  
ou c  
biliz  
tiva  
poss  
D  
esqu  
mos  
cess  
mos  
mét  
serv  
tais,  
cutâ  
urin  
sign  
dad  
C  
Vile  
mui  
cun  
to  
ses  
em  
dige  
em  
raç  
tera  
do  
sõe  
sito  
em  
ind  
ten  
rân  
nes  
bén  
gás

b) como meio e agente de transformação, de modo a que substâncias que nele transitam são modificadas na sua estrutura, tornando-se substâncias capazes de sensibilizar a pele e c) como local de formação, em que se originam primitivamente substâncias capazes de sensibilizar a pele. Cada um desses mecanismos pode existir isolado ou coexistirem associados no aparelho digestivo íntegro e com mais possibilidades no aparelho digestivo patológico. O A. faz a apreciação dos referidos mecanismos em caráter de generalidade absoluta, evitando toda a particularização ou especificação referente à afecção cutânea ou digestiva e à substâncias sensibilizadoras, afim de que a tentativa de sistematização apresentada possua a mais ampla extensão.

Dando representação gráfica esquemática aos referidos mecanismos, o A. estuda e analisa os processos de demonstração dos mesmos, usando, como elementos, os métodos diagnósticos usuais (observação clínica, dietas experimentais, índice leucopênico, testes cutâneos e pesquisa de proteoses urinárias), métodos desses cujas significação, finalidade e possibilidade o A. estuda e interpreta.

Comentários: Dr. Mário Artom. — A conferência do dr. Guilherme Villela Curban foi muito clara e muito bem apresentada, pelo que cumprimento o colega. O A. muito justamente dividiu as dermatoses alérgicas de origem digestiva, em dermatoses em que o aparelho digestivo é normal e dermatoses em que o aparelho apresenta alterações. Pergunto agora: estas alterações podem ser consequência do alérgeno? ou serão apenas lesões pre-existentes? Há a propósito trabalhos de AA. franceses, em que foi feita a gastroscopia de indivíduos que tinham urticária, tendo-se demonstrado contemporâneas lesões gástricas urticarianas nestes indivíduos. Pergunto também: é possível fazer-se um teste gástrico para estes casos da mes-

ma maneira como fazemos testes cutâneos?

Dr. Ernesto Mendes. — Em primeiro lugar a mesa está de parabéns por ter convidado o dr. Curban para expor as suas idéias com tanta clareza, em torno de um assunto tão controvertido.

Segundo a nossa estatística, a incidência de reações cutâneas alérgicas devidas a alimentos, é reduzida, apesar da anamnese dos doentes pretender demonstrar o contrário.

Em seguida, desejo concordar com o dr. Artom, pois conheço também o trabalho por ele citado e posso adiantar que os referidos autores pretenderam, ao retirar os alimentos do estômago, por meio de uma sonda, tentar nos doentes uma dessensibilização com o filtrado dos mencionados alimentos.

Dr. Guilherme Villela Curban — Agradeço os comentários feitos. De fato, como expus detidamente, o aparelho digestivo patológico tem muito maiores probabilidades de participar da etiopatogenia das alergodermias internas do que o aparelho digestivo íntegro.

Isto porque, como dissemos, os estados patológicos intensificam e muitas vezes criam condições necessárias à realização dos mecanismos de participação, assim pode tornar-se mais intensa a absorção de substâncias sensibilizadoras, por aumento de permeabilidade, é também favorecida a transformação de substâncias inócuas em substâncias sensibilizadoras por vícios e defeitos de clivagem por distúrbios de secreção, e finalmente sobre tudo porque o próprio aparelho digestivo pode tornar-se sede e lugar de formação primitiva de alérgenos oriundos dos exsudatos dos processos inflamatórios dos tecidos, de produtos tóxicos e de desintegração somática de germes, parasitos, etc.

Fatos clínicos e experimentais demonstram e comprovam a maior probabilidade de participação do aparelho digestivo patológico na etiopatogenia das alergodermias

internas. Quanto à observação direta do comportamento da mucosa gástrica ao contato de antígenos, realizada pela gastroscopia, acredita-se que toda a possibilidade desse método se limitaria em exprimir se os tecidos do aparelho digestivo (a rigor do estômago cuja mucosa

é vista) são ou não são alérgicos. Poderia por conseguinte ser de interesse o seu emprêgo no estudo de alergodermias por supostos alérgenos endógenos autógenos secundários em que o aparelho digestivo fosse o suposto local de origem e formação.

#### SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIOGRAFIA, EM 11 DE NOVEMBRO

**Sífilis concepcional** — Prof. Dr. Mário Artom. — Quer baseados em conceitos teóricos de patologia, quer baseados na análise da observação clínica, podemos afirmar que não é provada e que não é eventualidade de importância prática a sífilis concepcional: se existe, esse meio de transmissão da infecção luética fica relegado entre as exceções, as anomalias, daquêle grupo de fenômenos que, embora interessando o estudioso pela contribuição que a sua observação, pode trazer à explicação de particularidades da patogênese ou pelas analogias que com o mesmo se podem encontrar em outros campos da clínica, permanecem sem valor para o médico prático. E' a máxima finalidade deste campo da sífilis congênita estudar os meios para preservar, nos limites do possível, os focos familiares de contaminação, de salvaguardar no interesse supremo da sociedade a saúde daqueles, cujos ascendentes se contagiaram pela lues, e diante dessa finalidade o problema de sífilis concepcional aparece como de importância muito relativa.

**Alergia na sífilis.** — Dr. Náleo P. G. Cristiano. — Não foi enviado o resumo do trabalho.

**Comentários:** Dr. Rui Piazza — A pressa em se instituir o tratamento antisifilítico, muitas vezes leva o clínico a inicia-los antes do diagnóstico ser firmado com absoluta certeza. Esta conduta é altamente prejudicial para o doente, e os males que dela podem

Presidente: Dr. João Paulo Vieira

advir, são, sem dúvida, muito maiores do que os benefícios que o tratamento poderia trazer-lhes. Estes benefícios, aliás, são negados por alguns, entre os quais, nós nos incluímos, sob a alegação de que o secundarismo seria a fase de alergização dos sífilíticos, e, o aparecimento da sífilis nervosa, somente se dando em indivíduos anérgicos. A eclosão dos fenômenos cutâneo-mucosos, que caracteriza o segundo período evolutivo da sífilis, preveniria as formas tardias, que são as realmente temíveis para o indivíduo.

Para terminar, desejamos uma explicação do ilustre conferencista: porque a sífilis tem caracteres de malignidade nos povos recentemente contaminados?

Dr. Náleo P. G. Cristiano. — A explicação da sífilis maligna aparecer em geração recentemente contaminadas, é de que a sífilis de geração em geração, vai perdendo a sua capacidade antigênica e assim sendo, a alergização é mais demorada nas civilizações mais antigas. Os indivíduos contaminados, que pertencem a um povo recentemente sífilizado, são indivíduos que entram logo em hipergergia.

**A reação de Wassermann nos escolares.** — Dr. Mendes de Castro. — O A. apresentou uma estatística de 1.100 reações de Wassermann realizadas em escolares da Capital. Nestes 1.000 escolares as reações foram positivas em uma percentagem de 8,7% e negativas em 91,3% dos casos.

O A. teceu comentários sobre os resultados obtidos, assim como também considerou os resultados de acordo com os sexos, idades, etc., dos escolares com reações positivas.

Comentários: Dr. J. da Fonseca Bicudo Júnior. — Pergunto ao A. se os seus casos eram todos suspeitos de infecção luética ou se ele realizou a estatística sobre crianças sem distinção. De minha parte, acho bastante elevada a taxa encontrada.

Dr. Mendes de Castro. — Não se tratava de casos suspeitos. Concordo em que a taxa encontrada, é bastante elevada, principalmente em se tratando de crianças escolares.

Prof. Mário Artôm. — Em uma estatística realizada na Dinamarca, foram encontradas taxas muito

menores, e foi verificado que em crianças em idade escolar, as que apresentaram síndromas de heredo-lues eram muito poucas, o que foi explicado, pelo fato de que os filhos de luéticos dificilmente atingem a idade escolar. Acho que entre nós os heredo-luéticos são em grande número bem maior mesmo, do que se pensa. Creio que um estudo de conjunto, ligando os dados estatísticos presentes aos já obtidos anteriormente seria muito interessante, principalmente a comparação com os resultados obtidos com estudos estatísticos sobre diversas comunidades entre nós, sobre o argumento no qual já foram feitos alguns trabalhos estatísticos, como por exemplo o relativo à classe dos bancários, que revelou também taxas muito altas, de lues adquirida, ou congênita.

#### SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, EM 1 DE DEZEMBRO

Presidente: Dr. Fernando O. Alayon

**A sífilis no meio militar** — 1.º tenente médico dr. Rui Faria. — Foi publicado na íntegra na Revista Paulista de Medicina, XXIV, 151 e 160, março de 1944.

**Da arsenoterapia maciça e intensiva no tratamento da sífilis** — Dr. J. Alcântara Madeira. — O trabalho foi publicado na íntegra. Veja Rev. Paul. Med., XXIV, 161-174, março de 1944.

O A. fez um histórico completo sobre os fatos que antecederam o emprego da arsenoterapia maciça na sífilis. Fez o estudo e a crítica dos trabalhos de W. Leifer, Chargin e Hyman, que os reputa básicos, para os que estudam tal processo de tratamento. Comparou os resultados que eles tiveram com a Neoarsfenamina e com o Arsenox e frisa o abandono dos AA. para com o primeiro sal, para ficar com o uso exclusivo do Arsenox, devido aos resultados mais satisfatórios deste. Passa em revista o método das injeções múltiplas e do "gota a gota". Passa

em revista os métodos associados seja pelo Kettering, vacinas na veia, malarioterapia, etc. Faz comparações entre os trabalhos da escola norte-americana, canadense e sul-africana. Cita os trabalhos nacionais já realizados, como de Mentzen Godói, na Clínica da Maternidade de São Paulo, os de Pedro Augusto da Silva, Júlio A. Silva Júnior, Mendes de Castro, etc., e os de Pratts no Chile.

Conclui por ser a arsenoterapia maciça um método sobre o qual devemos fazer novos estudos, antes de conclusões definitivas, mas que parecem ser de grande utilidade na sífilis primária, secundária e na sífilis das gestantes, com indicações em certos casos de neuro-lues e com um campo vasto no serviço anti-venéreo dos exércitos em campanha.

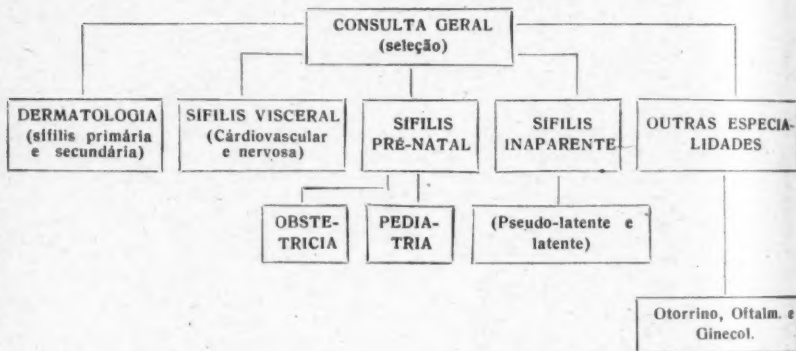
**A organização da "Liga de Combate à Sífilis"** — Dr. Rui Piaza — O autor iniciou o trabalho tecendo comentários sobre a organização dos serviços de sífilis em



geral, que, naturalmente, deviam atender às características epidemiológicas evolutivas próprias da moléstia. Assim sendo, um serviço de sífilis deve estar convenientemente aparelhado para atender prontamente aos doentes portadores de formas contagiantes (sífilis primária e secundária), visando a esterilização rápida das lesões, e, também, visando o despidamento das formas tardias, de

localização preferentemente visceral e nervosa, altamente, perigosas ao indivíduo.

Preconizou a criação de serviços especializados, dentro do serviço geral, afim de dar assistência conveniente aos doentes que são portadores de sífilis nas diversas fases evolutivas da moléstia. Nestes moldes, um serviço de sífilis deve, esquematicamente, ser assim constituído:



As consultas de sífilis cárdio-vascular, sífilis nervosa, sífilis infantil, sífilis pré-natal e sífilis inaparente, requerem a assistência de, respectivamente, um cardiologista, um neurologista, um pediatra, um obstetra e um clínico, além de um sifilólogo para cada uma delas. Evidentemente o serviço deve ter um laboratório clínico para as pesquisas diretas, as reações serológicas e os exames de liquor. Quando aos demais meios auxiliares, o de maior relevância, é um serviço de radiologia.

Comentários: Prof. Aguiar Pupo — Estando presente à sessão o prof. Samuel Pessoa, Diretor do Departamento de Saúde Pública, e tendo sido exposto na presente reunião a organização da Liga de Combate à Sífilis e sua cooperação na profilaxia do grande mal venéreo, na qualidade de diretor clínico da referida instituição, aproveito o ensejo para dar o testemunho do largo apóio que nos vem

dando o Departamento de Saúde, auxiliando a Liga de Combate à Sífilis no fornecimento de medicamentos e outros materiais.

Dr. Mendes de Castro. — Desejo cumprimentar o dr. Alcântara Madeira pelo seu trabalho, e lembrar os últimos estudos sobre a penicilina no tratamento da sífilis, que tem, segundo os autores americanos, negativamente a reação de Wassermann.

Também peço que seja lançado em ata um voto de louvor ao prof. Aguiar Pupo, o pioneiro da profilaxia da sífilis em São Paulo e organizador da Liga de Combate à Sífilis que tão bons resultados vem prestando à população pobre de São Paulo e cuja organização serviu de modelo ao Centro de Higiene Social, sob a orientação da Cátedra de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina e também, já com cinco anos de funcionamento. Esta organização é um exemplo dos frutos que a Liga de



Combate à Sífilis vem produzindo nesta Capital para o bem da Saúde coletiva.

Dr. J. Alcântara Madeira. — Não fiz referências à penicilina, porque se trata de um medicamento, que está sob o controle do governo norte-americano e que, no momen-

to, é praticamente impedido de ser estudado fora dos Estados Unidos, embora sejam de nosso conhecimento, os trabalhos americanos mais recentes sobre o assunto.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente agradeceu a colaboração dos colegas e deu por encerrada a reunião.

## SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE OUTUBRO

Presidente: Dr. Vicente Lara

### A influência hormonal, na conduta instintiva e na inteligência.

— Dr. José Ricardo Alves Guimarães. — O A. apresenta o estado atual dos conhecimentos existentes sobre a influência que exercem as hormonas sobre a conduta instintiva e a inteligência, em longo trabalho, baseado em experiências feitas por ele e por diversos autores na série animal, inclusive na espécie humana.

Chama particularmente a atenção de como as diferentes condutas instintivas se acham sob o controle hormonal.

A questão do "cio", é longamente estudada, bem como a conduta de defesa e agressão, etc.

A questão da migração das aves e peixes é vista em gráfico muito sugestivo, mostrando a influência da ação hormonal sobre a migração de algumas espécies.

Termina a conferência, referindo-se a diversos aspectos clínicos da influência hormonal sobre a conduta e a inteligência das crianças atrasadas mentais, anti-sociais, cretinas e débeis, apresentando documentação fotográfica de alguns casos tratados e na qual se observa o contraste existente antes e após o tratamento de diversas disendocrinias.

Comentários: Dr. Vicente Lara.

— A conferência que acaba de proferir o acatado dr. José Ricardo despertou em todo o auditório particular interesse, por ser o tema versado pouco familiar, por força das circunstâncias e de seus mistérios, aos que aqui se congregam.

No grande mundo que nos rodeia e nos deslumbra, e no inframundo dos peixes e das aves que nos maravilha e nos intriga, encontrou o nosso hóspede, com senso de naturalista e de esteta, motivos para uma atraente palestra em gênero que absolutamente não é fácil. Inteligência polimorfa, saiu-se galhardamente, como de outras feitas, e em estudo que ressalta o seu elevado critério crítico e expositivo visionou, através da escala animal de diferentes latitudes, curiosíssimos aspectos do determinismo biológico do sexo.

Passou em revista longa série de fatos instrutivos não só da fauna nacional como também da alienígena.

Tão extraordinários são alguns dos episódios evocados que aos inscientes destas questões, como é bem o meu caso, mais parecem ser ficções de folclore ou criações dos fabulistas de todos os tempos, do que observações rigorosamente científicas. Mas, o acervo de documentos aí está a testemunhar, de maneira irretorquível, o rigor das afirmações feitas.

O rico material de literatura zoológica em que se revela, em toda a sua plenitude, em uma esplendida evidência que fala por si mesma, o apurado instinto de orientação de diversos espécimes preso ao determinismo do sexo, serviu de admirável fundo de quadro que o autor, sem quebrar a unidade de seu trabalho e sem se perder em situações secundárias, hábilmente aproveitou, para realçar a relação existente na raça

humana, entre a secreção hormonal das gônadas e as faculdades intelectivas. A êste respeito, relatou-nos ainda expressivas observações comprobatórias de interesse prático que possui em sua casuística, tôda ela impregnada de elevado espírito filosófico e de apuradíssimo senso clínico.

A omissão de comentários particularizados a respeito do que nos foi relatado não deve ser interpretada como se não fossem muitos, para não dizer todos, os topos da palestra, que despertaram o nosso interesse.

E' que a presente comunicação foi anunciada como tendo o caráter de conferência, e como tal

achamo-nos, todos os presentes, tolhidos de manifestar-nos, de vez que os nossos Estatutos disso nos proíbe.

Mas, creia, dr. José Ricardo, que o prazer de ouvi-lo agora foi tão grande, quanto o que experimentamos, ao começo dêste ano, quando pela primeira vez nos honrou com a sua presença. Tivemos, ainda, desta ocasião uma agradável surpresa: sabiamo-lo cirurgião e endocrinologista emérito, hoje acabamos de descobrir que é, também, brilhante biologista. Com tais predicados, como não haveria, o nosso ilustre amigo, de impor-se à admiração e à justa estima de todos nós?

## Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 18 DE JULHO

**Os venenos de cobra nas hemorragias.** — Drs. Eduardo Vaz e Anibal Pereira. — Os AA. recordaram os vários estudos feitos por diferentes pesquisadores, com veneno de diversas cobras. Referiram os trabalhos próprios e fizeram a comparação entre o efeito e o valor do veneno da *Vipera ruscii* e o da *Botrops jararaca* e outras, mostrando a superioridade do veneno botrópico. Explicaram porque não se dá a trombose nas veias. Apresentaram uma série de 56 observações clínicas, de vários profissionais, comprovando os bons efeitos do veneno botrópico.

Discussão: O Dr. Galdino Nunes Vieira elogiou a orientação dos trabalhos do dr. Eduardo Vaz. O Dr. Hercílio Marrocco citou o efeito brilhante da Botropase numa doente com menorragia. O Dr. Eurico Branco Ribeiro citou casos de hemorragias dentárias juguladas com

Presidente: Dr. José Saldanha Faria

a Botropase local associada à via endovenosa.

**Curá da caverna tuberculosa** — Dr. Geraldo Franco — O A. diz que as várias teorias foram apresentadas, afim de encontrar a que se ajustasse ao caso; a questão do bronquio de drenagem foi então apreciada, à luz da hipótese de Kurilos. O caso de que vae tratar é de grande cavidade pulmonar do ápice esquerdo, que não cedeu com o pneumotórax, antes pelo contrário, houve aumento gradativo da caverna. Mas com o abandono do pneumotorax, em 3 anos a caverna desapareceu, conforme documentação plani gráfica.

Discussão: O Dr. Antonio Isidoro Leão Bruno indagou da terapêutica auxiliar no caso. O Dr. Geraldo Franco informou que só indicou repouso e alimentação adequada.

**HEXAMYO — Iodo em gotas**

## Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 16 DE JULHO

Presidente: Dr: Silvio de Almeida Toledo

**Considerações sobre a ação do bissulfato de quinina no tratamento local do tracoma.** — Dr. Orlando Aprigliano. — O orador fez uma comunicação sobre o emprego local do bissulfato de quinina no tracoma, tendo inicialmente feito um resumo do emprego dos sais de quinina nas afecções corneo-conjuntivas até a data em que Elias Selinger, oculista da "Rush Medical College" iniciou o emprego do seu método no tratamento local do tracoma com o bissulfato de quinina.

A seguir, o orador detalhou o processo usado do Selinger e os resultados obtidos por esse médico nos Estados Unidos da América do Norte, passando a descrever as experiências próprias levadas a efeito no Dispensário de Tracoma de Jaú, com o referido tratamento. O dr. Orlando Aprigliano explicou a técnica por ele usada naquele Dispensário de Tracoma e relatou os resultados obtidos, que foram bastante animadores, pois reconheceu no bissulfato de quinina um excelente medicamento para o tratamento local do tracoma, tendo declarado tratar-se de um processo racional e simples, de um tratamento que age favoravelmente sobre a mucosa conjuntival, principalmente sobre a sua camada adenoide, ação benéfica que se estende à cornea, agindo favoravelmente sobre o pano e curando as queratites ulcerosas num lapso de tempo animador. Terminando, o orador se expressou da seguinte maneira: "O bissulfato de quinina não representa, a nosso ver, nem a última, nem a penúltima palavra, nem mesmo medicação específica contra o tra-

coma, mas, sem dúvida, vem constituir um excelente medicamento, com o qual, dentro da insegurança terapêutica antitracomatosa hodierna, podemos contar com alguma vantagem e decidida segurança.

**Considerações sobre o emprego da sulfanilamida na terapêutica do tracoma.** — Dr. Silvio de Almeida Toledo. — O orador, que é diretor do Serviço do Tracoma no Estado, relatou as medidas que o Departamento de Saúde tem posto em execução na profilaxia do tracoma no Estado, através dos 34 Dispensários anexos aos Centros de Saúde da Capital e do Interior e 20 Postos Rurais. Destacou a seguir, a parte de assistência médica, referindo-se ao emprego da sulfanilamida, no Instituto do Tracoma, Dispensários e Postos de Tracoma.

O orador expôs as normas adotadas no emprego do referido medicamento, tendo abordado vários capítulos, a saber: — doses terapêuticas, método de emprego do medicamento, prevenção dos acidentes, dietética, contra-indicações, manifestações mais comuns de intolerância, concluindo por examinar a parte relativa à toxidez das sulfanilamidas.

O dr. Silvio de Almeida Toledo relatou os resultados obtidos com o emprego da sulfanilamida, no Serviço do Tracoma, no ano de 1943 e 1.º semestre de 1944, declarando que a mesma veio abreviar a cura clínica do tracoma, tornar a campanha mais barata e de mais fácil aceitação por parte dos doentes.

# DAQUINOL -

NA GRIPE E NA  
PNEUMONIA

## Centro de Estudos Franco da Rocha

SESSÃO DE 25 DE JULHO

Presidente: Dr. Coriolano Roberto Alves

**Considerações ligeiras sôbre a psiquiatria no meio militar.** — Dr. Afonso Sete Junior. — O A. expôs, em seu trabalho, o que pode observar, de interesse psiquiátrico, durante sua permanência de um ano e seis meses no meio militar, na qualidade de médico de corpo de tropa. Grande parte desse período serviu com a tropa, em missão de vigilância numa zona litorânea, onde observou a maior incidência de intercorrência de interesse psiquiátrico. Enumerou os fatores próprios ao local: isolamento, conforto precário, problema sexual, perigo da malária, separação do meio familiar, etc.

Passou, a seguir, em revista as diversas entidades psiquiátricas que observou: simulação, epilepsia, histeria, esquizofrenia, personalidade psicopática e alcoolismo. Descreveu o comportamento dos portadores dessas afecções, no ambiente militar, procurando demonstrar a relação, entre o aparecimento deles e a vida militar. Fez considerações de ordem diagnóstica, terapêutica e profilática. Assinalou a importância do diagnóstico da epilepsia no exame de seleção. Mostrou o papel do médico de corpo de tropa, no julgamento de transgressões muitas vezes sintomáticas de desequilíbrios mentais. Chamou, por último, a atenção para a inutilidade da aplicação de penas disciplinares, em certas personalidades psicopáticas,

absolutamente inadaptáveis à vida militar.

**O Serviço da psiquiatria no Hospital Militar de São Paulo.** — Dr. Henrique Mendes. — O A. se limitou a expor, em linhas gerais, as funções do médico militar psiquiatra no H. M., definindo-a como sendo essencialmente destinada a agir como perito, como previsor das aptidões, sob o ponto de vista mental dos sorteados ou convocados baixados ao Hospital. Em rápidas palavras mostrou o processo pelo qual tais soldados baixam ao H. M., seja quando as J. M. S., por ocasião da inspeção, suspeitam seja o candidato um doente mental ou um predisposto, seja quando após a incorporação são verificados distúrbios de conduta, atraso na instrução, reincidência em faltas, etc., o que leva os superiores a duvidar da integridade psíquica de seus subordinados; neste último caso, a conselho do médico da Unidade é o soldado baixo ao H. M., onde seu caso é devidamente avaliado. Comentou também a questão de tempo de observação e atitude do médico perante os examinandos, finalizando com algumas considerações sôbre quadros psiquiátricos que, em maior número, concorreram para a incapacitação para o Serviço Militar, e que foram observados pelo A., em 1943, no H. M. de São Paulo.

### CLINICA ROENTGEN

#### RADIODIAGNÓSTICO

Exames radológicos em domicílio

Dr. Raphael de Lima Filho  
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

## Instituto Adolfo Lutz

REUNIAO DE 28 DE JULHO

O "D. D. T." — Prof. Wasicky — O A. iniciou sua conferência, explicando que o novo larvicida de que ia tratar era um produto obtido quimicamente, à base de álcool, cloro e benzeno, daí se derivando a denominação diclorodifenil-tricloretoano, com a abreviatura "D.D.T.". Exibiu a droga em estado sólido, apresentado-a em pequeninas agulhetas cristalinas e mostrou-a dissolvida em eter. Passou a relatar as conclusões obtidas em longos meses de experiência com a sua aplicação contra as larvas de anofelinos e mosquitos das mais variadas espécies, todos transmissores de febres malignas, mostrando com gráficos e quadros demonstrativos os resultados práticos obtidos, com a destruição completa das larvas e consequente extinção dos focos de reprodução.

Declarou que por experimentações também realizadas, o "D. D. T.", é inocuo aos animais e aos homens, nenhum inconveniente apresentando a sua aplicação, conforme experiências feitas em cães, gatos, cobaias, ratos, pombos e, posteriormente, até em pessoas, com a cooperação do próprio conferencista e auxiliares médicos e farmacêuticos da Faculdade de Farmácia de S. Paulo. Nenhum caso de intoxicação foi verificado.

Enumerou as vantagens do "D. D. T." na seguinte ordem: 1.º) alto poder letal sobre as formas larvárias de mosquitos tanto da tribo Culicini como Anofelini; 2.º) duração de poder larvicida superior a 130 dias; anulação de focos potenciais; nenhuma ação como repelente, pois as fêmeas desovam em águas tratadas pela droga; dosagem mínima e atuação rapidíssima de duas a 50 horas, conforme o volume das águas tratadas; atoxico tanto para homens como para animais úteis; baixo custo em face de seu poder larvicida.

O Prof. Wasicky concluiu com as seguintes informações relativas aos demais usos do "D.D.T.":

"Queremos comunicar à casa as últimas notícias e as largas possibilidades que faz entrever a descoberta dessa importante droga. A revista "Life", de 10 de fevereiro deste ano, publica, ilustrando com fotografias, o método da campanha realizada no sul da Itália contra os transmissores do tifo exentemático. O periodico "Times", de 12 de junho de 1944, traz uma síntese do emprego desse preparo com inseticida geral. Ai já encontramos referência ao emprego do "D.D.T." na luta contra os mosquitos adultos e nas suas formas larvárias.

Contra mosquitos adultos e moscas nós estamos realizando provas desde junho do ano passado. Tanto em pulverizações como em polvilhamento, a nova droga tem dado os melhores resultados. Essas experimentações vêm tornar possível o uso do "D.D.T." no combate direto aos mosquitos adultos de hábitos domiciliares, responsáveis pela transmissão da malária. Assim, esse inseticida poderá ser usado no expurgo de veículos e transportes (aviões, trens, navios, etc.), que ligam continentes entre si evitando-se, pois a transmigração de tão prejudiciais e perigosos viajantes. Estamos também realizando experiências sobre uma série de parasitas e transmissores de várias moléstias como piolhos em geral, acarídeos, produtores de sarna, triatomídeos, pulicídeos cimécidos, etc. Os resultados preliminares desses ensaios nos permitem adiantar decidida ação sobre essas várias espécies. No setor de profilaxia da malária, já estão sendo feitas aplicações pelo Serviço da Malária em nosso Estado, cujas provas estamos fazendo, para a devida intensificação dessa luta no interior paulista".

## Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul

SESSAO DE 24 DE FEVEREIRO

**Radiodiagnóstico do duodeno** — Dr. José Hortencio de Medeiros Sobrinho. — Dividimos o nosso estudo em: 1.º duodeno normal; 2.º anomalia; 3.º ptoses; 4.º influência dos órgãos vizinhos; 5.º tumores; 6.º úlceras.

No que diz respeito ao duodeno normal, distinguimos o bulbo e o arco. Esta separação encontra bases na Anatomo-fisiologia. Citamos Cawadiaz que dividiu o duodeno em proto-duodeno e meta-duodeno; o 1.º originado do intestino anterior, irrigado por ramos derivados do tronco celiaco, provido de glândulas de Brunner e sem pregas convinentes de Kerkring; o segundo com características contrárias, sua vascularização deriva da artéria mesentérica superior.

Em radiologia há grande diferença entre o bulbo e o arco. O exame do bulbo é relativamente fácil. A substância de contraste estaciona nele algum tempo, distendendo-se, amoldando-se nas formações patológicas. Sua relevografia é semelhante à do estomago: é como que se as pregas da mucosa gástrica passassem ao bulbo, através do piloro.

No arco, a coluna opaca se desfaz, percorre-o rapidamente, e o preguiado da mucosa é confuso, móvel, animado, de aspectos bizarros. Numa radiografia vê-se o aspecto peniforme do relêvo da mucosa, em outra, parecem ninho de abelha; quando a repleção é maior, assemelha-se ao desenho de um casco de tartaruga, quando existe pouca barita, assume o aspecto ponteadado.

Por outro lado, o arco tem topografia profunda e completa. O radiologista precisa boa base ana-

Presidente: Dr. Aldo B. de Finis

tômica e deve praticar exame minucioso estafante, obtendo várias radiografias com o doente em posições diversas afim de despistar as alterações.

Muitos radiologistas só atingem o bulbo, poucos se aventuram no arco, último estágio antes de ingressar na noite jejunal.

Com respeito as anomalias Testut divide-as muito bem em:

a) derivadas de erro no desenvolvimento do tubo intestinal; b) derivadas de erro no desenvolvimento do peritôneo.

No 1.º grupo, consideram-se as aplasias, as atresias e os divertículos. Estes últimos, bem importantes, são indagnosticáveis clinicamente. Em radiologia, praticam-se as manobras de Case pelas quais se determina sua localização pre, intra ou retro-pancreáticas, aclarando o problema cirúrgico.

No 2.º grupo, distinguem-se os defeitos de coalescência. Consideram-se a ausência, a parada e a inversão da torsão do tubo intestinal em torno da artéria mesentérica superior. Quanto à coalescência, o meso-duodeno pode se colar defeituosamente no peritôneo parietal posterior. Uma anomalia bastante comum é o duodeno móvel inicial. A primeira porção duodenal, descolada, encurva-se para baixo. Quando esta disposição é acentuada, os autores falam-nos do "duodeno em guirlanda". Após as anomalias estudam-se as ptoses. Diferenciamos: a doliquogastria pura com o duodeno alto; a duololiquogastria com piloro-ptose parcial ou total.

Em geral, o duodeno sofre deslocamentos na atmosfera frouxa de



folhetos peritoniais, tendo como ponto fixo de Treitz, amarrado solidamente na raque.

Estes deslocamentos que acompanham o alongamento do estômago são causas de distúrbios consideráveis no trânsito alimentar. Vê-se a coluna opaca lutar contra a gravidade para vencer o ângulo duodeno-jejunal alto, ou o estômago de luta, hipotônico e dilatado, cansado de entregar o quilo ao duodeno alto.

Apreciando a influência dos órgãos ou formações patológicas visíveis sobre o duodeno temos a considerar: as compressões pelos órgãos próximos, as deformações devidas a processos plásticos aderenciais, peri-viscerais.

A vesícula hidropesiada, o lobo quadrado do fígado, os tumores renais, cólicos, podem deixar sua impressão sobre o duodeno. Merece menção especial a abertura do arco pelos carcinomas ou quistos da cabeça do pâncreas. Muito interessante também é a compressão pelo pedúnculo mesentérico. O duodeno é estrangulado pelo pedúnculo de encontro à aorta abdominal, por sua vez acostada no plano rígido da raque, convexa a esse nível.

Ante um "stop" da coluna opaca ao nível do pedúnculo mesentérico, não devemos fazer diagnósticos apressados. Faz-se mister a prática das manobras de Hayes (levantamento manual das vísceras abdominais), as radiografias obtidas em bi-pedestração e em decúbito ventral. É preciso que se verifique a intermitência da oclusão dependente da posição ortostática ou do decúbito. Quando o paciente se deita de bruço, a pinça aórtico-mesentérica se abre e a substância de contraste passa ao jejuno. Examinando-se o intestino pode verificar-se uma ptose total ou parcial. Ela por si, não explica a tração do pedúnculo mesentérico. Os autores acham que além disso é preciso que o mesentérico seja anormalmente curto. Si a pto-

se é apenas do colon direito, deduzimos haver compressão pela artéria cólica superior, ramo preduodenal da mesentérica superior.

Os tumores malignos primitivos são praticamente inexistentes. Encontramo-los propagados do colon, do estômago, ao duodeno. Os tumores benignos são raríssimos. Uma vez na vida, vêem-se imagens lacunares circulares correspondentes a polipos no bulbo. Porém devemos instalar nas subtilezas técnicas para evitar confusão com defeitos de repleção, fragmentos alimentares, edema da mucosa.

A úlcera é o "pão de todo dia". O diagnóstico radiológico é fácil, mas ao radiologista não compete apenas afirmar que há úlcera. Isto o clínico já sabe. Compete-lhe informar sobre as condições de evolução do processo, sua curabilidade medicamentosa ou cirúrgica, os distúrbios na dinâmica gastroduodenal.

Devem ser praticadas radiografias em decúbito ventral pela técnica de Gutmann, assim surpreendem-se quase todos os "nichos" bulbares, pois 90% são da face anterior. Não adianta obter imagens com o bulbo cheio, pois, desse modo a substância opaca mascara o "nicho". Torna-se essencial vê-se o "nicho" cheio e o bulbo vazio. Estudam-se as pregas da mucosa convergindo para a cratera ulcerosa, a retração da pequena curvatura, a dilatação do seio basal inferior que pode formar o pseudo-divertículo de Akerlund, a incisura espasmódica da grande curvatura, a descentralização do piloro, o anel edematoso da mucosa em torno da úlcera, a hipermotilidade ou a estase bulbar. Todos esses sinais foram descritos por Akerlund que fundamentou o estudo radiológico da úlcera duodenal.

As seriografias sob a compressão dosada, visadas em radioscopia nas incidências de eleição facilitam e esclarecem o estudo radiológico.

Comentários: — O Prof. Celestino Bourroul e os drs. Oscar Monteiro de Barros e Aldo Bruno de Finis pediram a palavra, apenas

para se congratular com o A. pelos profundos conhecimentos anatômicos e radiológicos demonstrados.

## SESSÃO DE 21 DE MARÇO

Presidente: Dr. Aldo Bruno de Finis

**Fármaco-dinâmica da circulação coronária.** — Dr. Reinaldo Chiaverini — Lembra o A. que o coração recebe o sangue arterial por intermédio das artérias coronárias, em número de duas, a esquerda e a direita, que nascem diretamente da aorta, pouco além da sua origem. São três os fatores mecânicos que influem sobre o fluxo coronário: a pressão do sangue na aorta, a resistência mecânica do miocárdio e o calibre das artérias coronárias. A pressão intra-aórtica é responsável pela impulsão do sangue para as coronárias e, ao que parece, o enchimento coronário está na dependência, não tanto da pressão arterial média, como admitem Anrep e King, mas da pressão arterial diferencial, segundo julgam Wiggers e Cols. A resistência mecânica do miocárdio, máxima na sístole e mínima na diástole, influe também, de modo sensível sobre o fluxo coronário; apesar disso, admite-se, hoje, de acordo com os estudos de Wiggers, que a circulação coronária se processe tanto na diástole como nas sístole, ainda que em menor proporção nesta última fase do ciclo cardíaco. Finalmente, o calibre do sistema arterial coronário influe também, de modo sensível, sobre o fluxo de sangue. O calibre das artérias, coronárias pode estar patologicamente diminuído (arteriosclerose, etc.), mas, mesmo normalmente, está subordinado ao sistema neuro-vegetativo, atuando, aqui, o simpático como nervo vaso-dilatador e o vago como nervo vaso-constritor.

E' grande o número de drogas empregadas na terapêutica cardíaca vascular que possuem ação fármaco-dinâmica definida sobre a circulação coronária. Os nitritos

atuam relaxando a musculatura lisa em geral, particularmente a arteriolar. O seu efeito vaso-dilatador coronário, infelizmente transitório, pode ser clínica e experimentalmente demonstrado, sendo utilizado no tratamento da angina do peito, mas não na terapêutica do enfarte do miocárdio, onde não é desejável a ação hipotensora dos nitritos. Os derivados purínicos, incluindo a cafeína, a teobrina, a teofilina e os seus numerosos derivados, atuam também aumentando o fluxo coronário, conforme prova experimental, e a terapêutica lança mão deles, com grande frequência, no tratamento de todas as manifestações da arteriosclerose coronária. Dentre os opiáceos, a morfina possui uma certa ação vaso-dilatadora das coronárias, de muito supurada, porém, pela papavenina, que, além de ser vaso-dilatadora aumenta a força de contração do miocárdio, estimula a respiração, diminui a dor, combate a extrassístolia, sendo consideravelmente menos tóxica do que a morfina.

A adrenalina é vaso-dilatadora coronária, atuando através do simpático, mas aumenta consideravelmente o rendimento cardíaco, de modo que o número do fluxo de sangue arterial não chega a ser proporcionalmente satisfatório; além disso, a adrenalina, aumentando a força de contração do miocárdio, exagera a resistência mecânica do mesmo, diminuindo consideravelmente o fluxo coronário sistólico, ao mesmo tempo que abrevia a diástole, pela taquicardia: a resultante destas ações consiste em uma diminuição relativa do fluxo coronário, o que contraindica o emprego da adrenalina na insuficiência coronária, a não ser

em casos de extrema necessidade, como o é o caso da insuficiência circulatória periférica que ocorre, frequentemente, no enfarte do miocárdio. Quanto as glicosídes cardíacas, inumeros são os trabalhos experimentais, por vezes com resultados surpreendentemente opostos, que nos relatam a sua ação fármaco-dinâmica sobre a circulação coronária. Isto depende, com toda a probabilidade, da diversidade dos animais, das preparações fisiológicas e de outras circunstâncias experimentais de que se servem os diferentes autores nos seus estudo. Em última análise, parece que as doses terapêuticas habituais cardíacas, sobretudo das que possuem menor poder de acúmulo, como a estrofantina e a ouabaina, não chegam a prejudicar a circulação coronária, não havendo, pois, impedimento a que as mesmas sejam empregadas, quando haja indicação explícita para isso. Realmente, o autor tem usado as glicosídes digitálicas no tratamento da insuficiência cardíaca deter-

minada pela arteriosclerose coronária com os melhores resultados; isto não impede que, em presença de angina do peito e de trombose coronária, os digitálicos só devem ser utilizados havendo absoluta indicação (insuficiência irremovível apenas pelo regime e pelo repouso) e com uma certa cautela.

Comentários: — Prof. Celestino Bourroul. — Pouco se pode acrescentar ao trabalho brilhante do dr. Chiaverini. Lembro a associação stricnina e o nitrito ou então de vários sais de potássio ao nitrito. No interior quando não houver outro recurso pode-se usar a cafeína. Ha quem aconselhe o uso de alcool, que acha o A. sobre ele?

Autor: — Agradeço a contribuição do Prof. Bourroul e confirmo que o alcool é usado sob forma de calices de whisky e como ele o café. Aproveito para agradecer à diretoria desta Sociedade o convite que me fez, trazendo-me pela segunda vez a esta sala.

## Rotary Club de Santos

SESSÃO DE 19 DE JULHO DE 1944

Presidente: Alceu Parreira

**A Cruz Vermelha** — Fritz Gut. — Caro Presidente! Companheiros! Tenho hoje o privilégio de discorrer sobre a Cruz Vermelha. O Secretário do Comité Internacional da Cruz Vermelha, Prof. Burckhardt, disse recentemente numa conferência na cidade berço da Cruz Vermelha, que elle achava necessário que a população de Genebra ficasse sabendo o que se passa na sede da Cruz Vermelha Internacional. Nós também devemos saber. O assunto é vasto demais para uma palestra em Rotary, mas no curto prazo que me é dado falar procurarei divulgar os conhecimentos mais resumidos possíveis sobre a gigantesca obra humanitária.

A Cruz Vermelha nasceu no campo de batalha de Solferino, na Itália, em junho de 1859, quando o jovem banqueiro e comerciante genebrino Jean Henri Dunant deparou, casualmente, com o drama pungente dos feridos e moribundos abandonados sem a necessária assistência e quando elle, cultando um principio da mais absoluta neutralidade, começou a socorrer a miscelânea de desgraçados, indistintamente, ajudado pelas bravas mulheres de Castiglione, que, conforme escreve Dunant, criaram em uma concepção cristã de alta compreensão o grito "siamo tutti fratelli" (somos todos irmãos). Dunant fez em seu livrinho "Um souvenir de Solferino"

105)

uma descrição comovente do que viu e do que aconteceu.

Sobre a vida de Henri Dunant, o homem sacrificou sua carreira e sua fortuna ao trabalho fanático para a obra idealizada, já vos falou o companheiro Neiva, e a revista "Rotary Brasileiro" traz em seu número de abril do ano corrente a palestra do nosso companheiro Haeberlin de Porto Alegre, "Homenagem à Memória de Jean Henri Dunant".

Para levar o "grito de Solferino" a resultados positivos, a Sociedade Genebrina de Assistência Pública, a quem Dunant tinha exposto as suas idéias, convidou este com mais 4 cidadãos suíços a formar o chamado "comité dos cinco", mais tarde "Comité Internacional Permanente". De Internacional o Comité têm desde o início somente o nome, pois é constituído tradicionalmente por cidadãos suíços. Sob os auspícios da Sociedade, o comité convocou para o mês de outubro de 1863 uma conferência internacional preparatória, e 17 nações responderam ao seu apelo. Em 1864 o Governo da Suíça convocou nova Conferência, da qual resultou a "Convenção de Genebra", o ato humanitário do século 19.

E' comum encarar-se a Cruz Vermelha com ares de romancismo, e é por causa disto que o atual Presidente honorário do Comité Internacional, o eminente Prof. Max Huber, explica: "não se trata de uma humanidade romântica reunindo todos os seres, mas de uma disposição para executar as immediatas e diretas obras de caridade exigidas de cada um, e isto sem fazer alarde. Pois a possibilidade de socorrer envolve o "dever" de o fazer!

A possibilidade de servir é um privilégio que envolve obrigações. Encarado de qualquer outro prisma, o organismo de esforços humanitários sucumbe, degenera em passa-tempo filantrópico, em ofensas burocráticas de esmolos, ou si distroie em si mesmo".

106)

A Cruz Vermelha trabalha como o Rotary deve trabalhar, visando resultados positivos, e o lema proposto para Rotary por Eurico Branco Ribeiro "ser útil sempre" serve para ambos.

A Cruz Vermelha é uma obra mais complexa do que parece a primeira vista. O seu presidente achou que devido a este fato, a sua atividade deve, de vez em quando, ser levada ao conhecimento público, não para se enaltecer a si mesma, mas simplesmente para prestar contas. Questões de prestígios não existem para a Cruz Vermelha. Ela é uma instituição universal sem nenhum interesse egoístico.

A Convenção de Genebra de 1929 ampliou bastante a primitiva, e têm o título "Convention de Geneve du 27 juillet 1929 pour l'amélioration du sort des blessés et des malades dans les armées en campagne".

As regras são tratadas em 29 capítulos com os seguintes tópicos:

- 1.º) dos feridos e dos doentes;
- 2.º) das tropas e dos estabelecimentos sanitários;
- 3.º) do pessoal sanitário (neste capítulo é firmado o princípio da neutralidade do pessoal sanitário, o qual não pode ser feito prisioneiro. A seguinte notícia aparecida nos jornais de 4 crt. confirma a observância do § 12. Diz a notícia: "Suspensas as hostilidades em um setor para troca de enfermeiras. — Pela primeira vez desde o dia "D" a batalha, da França parou, ontem quando oficiais norte-americanos e alemães encontraram-se na "terra de ninguém" de um setor da frente norte-americana para negociar o repatriamento de um grupo de enfermeiras germânicas, capturadas pelos aliados. Oito enfermeiras que foram aprisionadas pelos americanos em Cherburgo, regressaram às linhas germânicas, numa das suas próprias ambulâncias de acôrdo com as convenções de guerra; possibilitando a troca do pessoal médico".
- 4.º) dos prédios e do material;
- 5.º) dos trans-

portes sanitários; 6.º) do distintivo (característicos, ostentação, proteção). Diz o artigo 19: Em homenagem a Suíça o distintivo heráldico da cruz vermelha sobre fundo branco, formado por inversão das cores federais, é mantido como emblema e distintivo do serviço sanitário dos exércitos. 7.º) da aplicação e execução do convenio; 8.º) da repressão e abusos e das infrações.

A este convênio aderiram 56 Estados. O Brasil ratificou a sua adesão em 23 de Março de 1932.

Depois da dura experiência da guerra franco-alemã de 1870-71 a proteção da Cruz Vermelha foi estendida ao socorro a civis evacuados e aos prisioneiros de guerra, à navegação marítima e aos transportes aéreos de feridos e doentes.

O tratamento a ser dispensado aos prisioneiros de guerra foi codificado em sua redação atual na Convenção de Genebra de 1929 sob o título: "Convention Conclue à Genève le 27 juillet 1929 relative au traitement de prisonniers de guerre".

Participaram 53 Estados. Nesta convenção de previsões providenciais as potências contratantes reconheceram, conforme reza o preâmbulo, que "no caso extremo de uma guerra será dever de toda potência de atenuar, nas medidas do possível, os rigores inevitáveis, e de melhorar a sorte dos prisioneiros de guerra, concordando as potências de desenvolver os princípios que inspiraram as convenções internacionais de Haya, especialmente a convenção sobre leis e costumes de guerra e os seus respectivos regulamentos". São tratados, em 97 artigos, os seguintes assuntos, tão palpitantes no presente, e quasi diariamente referidos em notícias dos jornais.

Capítulo 1.º: disposições gerais; 2.º) da captura; 3.º) de cativo (neste capítulo são previstas normas para evacuações dos prisioneiros de guerra, campos de prisioneiros, alimentação, vestimentos,

higiene, necessidades intellectuais e morais, disciplina interior dos campos, disposições especiais a respeito dos oficiais, recursos monetários dos prisioneiros, transferências, trabalho, relações dos prisioneiros de guerra com o exterior e do contacto com as autoridades). Cito apenas alguns dos múltiplos detalhes previstos: os prisioneiros de guerra não deverão por exemplo, ser obrigados a percorrer a pé mais de 20 km. por dia. Os campos deverão ser localizados em lugares salubres e seguros, fóra da zona de guerra, e assegurada a liberdade de culto. Os prisioneiros de guerra têm o direito impune a queixa e a defesa legal. O fugitivo recapturado só poderá ser submetido a castigos disciplinares, com o máximo de prisão isolada. Conseguindo alcançar as linhas de suas tropas, e caindo novamente em cativeiro o prisioneiro de guerra não poderá ser submetido a castigo pela fuga anterior bem sucedida, e isto tantas vezes quantas acontecer. Os prisioneiros de guerra podem, através de seus homens de confiança (art. 43) conversar em testemunhas com os delegados das potências protetoras, tendo os delegados o direito incontestado de acesso a qualquer lugar onde estejam os prisioneiros de guerra. 4.º) do fim do cativeiro; 5.º) do óbito dos prisioneiros de guerra; 6.º) dos escritórios de socorro e de informações sobre prisioneiros de guerra; 7.º) 8.º) da aplicação da convenção a certas categorias de civis (reporters etc.) e da execução da convenção.

O artigo 84 determina que o texto integral da convenção seja fixado nos campos de prisioneiros de guerra na língua dos prisioneiros (se possível). Assim eles conhecerão seus direitos e poderão controlar a observância das cláusulas.

Vamos, em seguida, vêr qual é a estrutura da Cruz Vermelha. De acôrdo com o artigo 1.º de seus estatutos, a Cruz Vermelha Internacional se compõe de Sociedades



Nacionais; Comité Internacional; Liga das Sociedades Nacionais; Conferência Internacional.

Passando em revista estas entidades, começo pela Conferência Internacional. Esta é a mais alta autoridade deliberativa e se compõe de a) delegações de todas as Sociedades Nacionais; b) delegações do Comité Internacional da C. V. e delegados da Liga das Sociedades da C. V.; c) delegações dos Estados participantes das convenções de Genebra 1864, 1906 e 1929.

A primeira Conferência foi a preparatória de 1863. Depois seguiram outras 15 em várias capitais. A última conferência celebrada foi a de Londres, em 1938.

O Comité Internacional da Cruz Vermelha, é aquele comité primitivo de 1863 de 6 membros. Hoje o Comité é integrado por 20 cidadãos suíços, homens e mulheres competantíssimos e especializados no diversos ramos de atividade do comité. São funções do Comité: fomentar o intercâmbio entre as sociedades nacionais da C. V. e manter os princípios fundamentais da instituição, que são: imparcialidade, independência política, confessional e econômica, universalidade da C. V. e legalidade das sociedades nacionais; — reconhecer as sociedades nacionais novas; ser intermediário neutro, especialmente em caso de guerra ou revoluções; coordenar os esforços para aliviar as vítimas de guerra dos males desta; trabalhar para o desenvolvimento do pessoal e material sanitário e ocupar-se em tempo de paz ou de guerra das relações entre as sociedades da C. V. para socorro aos feridos doentes e aos prisioneiros de guerra.

As Sociedades da Cruz Vermelha são os pilares da obra. Em tempo de guerra secundam os serviços sanitários dos exércitos, tratam dos feridos e doentes e organizam socorro à refugiados e populações castigas pela guerra. Vista a ação salutar em tempo de guerra, se confiou às Sociedades

Nacionais obras em paz: cuidado aos enfermos indigentes e crianças, socorro às vítimas das catástrofes, desenvolvimento da hygiene popular, assistência social etc. O atual presidente da Cruz Vermelha Brasileira é o General Dr. Ivo Soares.

Em 1919, fundou-se sob iniciativa Americana, a Liga das Sociedades da Cruz Vermelha.

Esta liga, constituída em 3 de maio de 1919, sem nenhum caracter governamental, étnico, político ou confessional, trabalha de mãos dadas com o comité internacional. As duas organizações crearam em fins de 1940 a Comissão Mixta de Socorros da C. V. Internacional.

Este órgão trabalha para a obra de socorro às populações civis famintas vítimas de guerra. A comissão administra os donativos especiais, postos a sua disposição pelas sociedades nacionais e outras entidades.

Finalmente foi criada a Cruz Vermelha Internacional, que é uma espécie de super organismo das sociedades nacionais, do comité internacional e da liga das sociedades nacionais. A Cruz Vermelha Internacional se manifesta sob formas de reuniões internacionais de representantes de todas as entidades já mencionadas. E o órgão consultativo supremo da Cruz Vermelha e não possui recursos, nem intervem diretamente nas diversas obras. Cuida da Cruz Vermelha Internacional uma comissão com sede em Genebra, composta de a) 5 membros nomeados pelas conferências internacionais; b) 2 representantes do comité internacional; 3) 2 representantes da liga das sociedades nacionais da Cruz Vermelha.

Passo a tratar de alguns aspectos da Cruz Vermelha na guerra atual. O Comité Internacional ficou encarregado de: a) investigação em torno de prisioneiros de guerra, internados civis e civis; b) obtenção de informes sobre vítimas de guerra e transmissão dos informes ao país de origem dos



prisioneiros; c) ajuda a membros separados de suas famílias, pondo-as em contato com os seus; d) vigilância a estrita observância das cláusulas da Convenção de Genebra, e e) transmissão em larga escala de socorros.

Para cumprir as suas incumbências, o comitê organizou a importantíssima Agência Central de Prisioneiros de Guerra.

Até o início do século presente, somente após o fim de uma guerra se sabia da sorte dos soldados presos ou desaparecidos. Hoje, as potências comunicam as listas de prisioneiros e mortos pelo telégrafo.

Quando um prisioneiro entra no campo de prisioneiros ele preenche imediatamente uma ficha que segue para a Agência Central de Genebra, onde é classificada em um dos 60 fichários existentes. As fichas são classificadas por ordem de países, em cores diferentes, e por alfabeto, e sub-classificadas por data e lugar de nascimento, profissão, apelido, etc. etc. Estão em uso as máquinas mais modernas, inclusive o sistema Hollerith. As dificuldades que apresentam certas identificações demonstra o fato de existirem por exemplo no fichário francês fichas para 30.000 homens com o nome de família Martin, e destes um milhão se chama Jean Martin. Maiores são as dificuldades quando os prisioneiros não sabem o seu nome exato do registro civil.

A Agência trabalha com um sistema engenhoso chamado "concordância", encontro de fichas. Há fichas brancas e fichas de cor. Quando numa indagação na base de uma ficha branca se encontra nos fichários uma ficha de cor sobre a pessoa indagada, um resultado positivo é alcançado e a informação contida na ficha de cor é expedida. Não se dando este encontro de fichas, começam as investigações, às vezes complicadas e morosas, mas sempre cuidadosas e completas, junto às seguintes fontes: regimento do procurado, companheiro nos campos de prisioneiros em terra inimiga, oficiais,

autoridades, civis etc. Relato um pequeno caso típico e real:

Uma família indagou em Genebra da sorte de um soldado francês desaparecido. A Agência mandou investigar junto aos companheiros presos na Alemanha, um dos quais soube informar que o investigado tombou morto e foi enterrado perto de uma padaria em tal e tal lugar. Genebra oficiou ao prefeito do lugar. Este mandou as fotografias, das 7 padarias existentes, as quais foram apresentadas via Genebra ao informante. Este indicou o lugar certo em uma das fotografias, e o resultado não demorou. O desenterro do cadáver confirmou a informação, pela placa de identificação achada. De acordo com a Convenção de Genebra de todo soldado morto, a metade de sua placa oficial de investigação deve ser enterrada junto com o cadáver, enquanto que a outra metade deveria sempre seguir para o escritório de informações. Neste caso a família foi avisada da morte do soldado e da localização do túmulo.

E' a Agência Central dos Prisioneiros de Guerra que indaga sobre soldados ou civis tombados em campos inimigos. Ela avisa as famílias se o procurado morreu, ou se vive, e como e onde está. Ela comunica aos prisioneiros ou internados os novos endereços de seus parentes e transmite notícias de uns aos outros, estabelecendo contato, e mandando este.

Existiam em fins de janeiro do ano corrente em Genebra 22 milhões de fichas para prisioneiros de guerra e civis. Isto não significa igual número de pessoas fichadas, pois acontece existirem mais de uma ficha por pessoa. Imaginem-se o estabelecimento e a classificação destas fichas individuais as quais, se colocadas umas sobre as outras dariam uma torre de aproximadamente 4 vezes a altura da torre Eiffel!

Diariamente são manipuladas milhares de fichas. Para seus enormes serviços a agência dispõe de quasi 2.300 colaboradores, dos

quais a metade são voluntários sem remuneração. Os locais ocupados pela Agência formariam pela sua superfície uma avenida de 12 metros de largura por 3 quilômetros de comprimento ou quasi a Avenida Ana Costa integralmente ocupada por escritórios!

A correspondência da Agência é contada e os números constam em um placard permanente. A última estatística que possuímos aqui data de fins de janeiro de 1944. De setembro de 1939 até aquela data a Agência manipulou em Genebra 30.166.000 cartas recebidas e expediu no mesmo tempo o impressionante total de 31.136.000 cartas!

Recentemente um indígena da Africa do Norte contribuiu com uma reclamação que não deixa de ser humorística. Ele escreveu por 8 vezes à Agência, procurando saber do paradeiro de seu filho, sem conseguir resultados positivos. Perdeu a paciência e escreveu: "porquê não recebo notícias de meu filho? Vejam VV. SS. que são 7 vezes que eu escrevi, e indiquei cada vez um outro nome, e mesmo assim vocês não são capazes de me dizer onde está meu filho! Como é que vocês trabalham então?"

O serviço da Agência é da mais alta responsabilidade, pois ela deve evitar de dar um soldado morto a uma família, quando ele pertence à outra de igual nome. Pelo sistema de fichas detalhadas, a possibilidade de erros é diminuta.

De como as vezes as dificuldades se avolumam, nos diz o caso da transferência de prisioneiros ingleses e outros na Itália, efetuada pelo Governo alemão, conforme temos sido informados pelos jornais em seu tempo. Na ocasião estavam, endereçados aqueles, em fase de expedição da Suíssa, 60 mil pacotes e 20.000 cartas, e mais outras 200.000 cartas retidas em Londres. De todos os volumes os nomes foram enviados à Agência, que, pelo sistema de encontro de fichas, descobriu os novos endereços dos prisioneiros e todos os

volumes e todas as cartas foram re-endereçadas e expedidos aos novos campos de prisioneiros!

A Agência organizou um serviço moderno de fotocópia e heliografia. Trabalham 3 aparelhos modernos que fornecem entre listas de prisioneiros certidões de óbito, testamentos, etc., diariamente 1.500 reproduções ampliadas ou diminuídas. De setembro 1939 até agosto 1943 foram feitas 1.250.000 reproduções. Os originais dos documentos que chegam a Agência são fotocopiados e encaminhados imediatamente as diversas seções de serviço para o estabelecimento das fichas individuais, e as cópias seguem com rapidez aos Governos interessados e às Sociedades Nacionais da C. V. os quais por sua vez desdobram os informes aos interessados.

Para tranquilidade e maior conforto dos civis, a Agência organizou um vasto serviço de "Mensagens civis", sendo cada uma de 25 palavras. Graças ao concurso prestado pelas Sociedades nacionais, as quais servem de intermediárias na distribuição das mensagens, conseguiu-se um intercâmbio regular entre mais de 100 países diversos das mais variadas línguas. Atualmente o Comité transmite 400.000 mensagens por mês. Todos os formulários que trazem o emblema da Cruz Vermelha transmitiam por Genebra, onde são classificados e censurados.

Fôra os serviços de identificação e correspondência foram criados um Serviço de pacotes, uma divisão de Socorros individuais e intelectuais, e uma divisão de Transportes.

Todos os pacotes com socorros aos prisioneiros de guerra passam pelos depósitos da Cruz Vermelha na Suíssa. Existem 4 depósitos principais e 5 auxiliares, com uma superfície de 33.200 metros quadrados e uma capacidade para 40.000 toneladas. São atendidas mais de 2.000.000 de pessoas dispersadas nos campos de prisioneiros por este mundo afóra! Até fins de janeiro do ano corrente fo-

ram despachados quasi 20.000.000 de colis pesando redondamente 200.000 toneladas, e vindas de 60 países. As Estradas de Ferro Federais Suissas colaboram eficientemente, fornecendo vagões que podem transitar além das fronteiras. Os armazens têm atualmente uma capacidade para movimentar diariamente 170 vagões de 10 toneladas.

O transporte pelos mares foi organizado por navios especiais, dos quais estão em serviço exclusivo da Cruz Vermelha os dois navios "Caritas I" e "Caritas II" que arvoram bandeira suíça. Trabalham mais 16 navios suecos fretados pelo Comité Internacional da C. V., especialmente no transporte de atualmente 20.000 toneladas mensais de trigo e outros produtos do Canadá para a Grécia faminta. O Governo da Suécia e a Cruz Vermelha Sueca se distinguem especialmente neste serviço, ocupando para isto 800 pessoas.

Pelo serviço de Socorro intellectual foram enviados aos campos de prisioneiros até setembro de 1943: 752.000 livros. Existem campos grandes com uma biblioteca de 20.000 volumes. Também são enviados jogos, artigos de papeleria e instrumentos de música, etc. Não me é possível enumerar todos os inúmeros serviços prestados aos prisioneiros de guerra, pois para isto o tempo de palestra é curto demais.

A melhor recompensa que o Comité têm para estes serviços é a gratidão dos socorridos. Vou ler o texto traduzido de uma carta significativa, entre muitas, escritas por prisioneiros de guerra poloneses ao Comité Internacional da Cruz Vermelha:

"E' um consolo sabermos que em tempos tão duros há quem nos ajude tão depressa e de tão boa vontade. Em todas as nossas conversações evocamos com gratidão a vossa instituição e todas as organizações da Cruz Vermelha. Gostaríamos que, em todo o lugar onde existisse tal instituição, cada um fizesse a sua propagan-

da e se collocasse a seus serviço. Quando todo o mundo nos abandona, restamos as nossas familias e a Cruz Vermelha".

Mais um campo de atividade da Cruz Vermelha é constituído pelos Delegados do Comité Internacional no exterior. Eles respondem ao Comité e são creditados nos países onde atuam. Todos são suíços. Existiam em janeiro passado 46 delegações com 88 delegados. Desde que o Brasil entrou na guerra foi nomeado delegado para o nosso país o Sr. Eric Haegler comerciante suíço no Rio de Janeiro. Os delegados visitam periodicamente os campos de prisioneiros e internados civis tomam toda a sorte de medidas em beneficio dos internados sem observar nacionalidades! De acordo com o espirito das convenções de Genebra. Nos portos de mar eles repartem e dirigem transportes e acompanham intercâmbios de diplomatas, feridos e civis. Eles compram mercadorias com os fundos postos à sua disposição para socorros. No Balcão por exemplo compraram enormes quantidades de legumes desidratados para fornecer sopas às populações famintas da Bélgica, França, Grécia e Arquipélago Grego. O que significa esta obra imensa diz-nos o seguinte episódio: Quando o delegado do Comité chegou pela primeira vez com um transporte de alimentos às ilhas gregas de Chios, Samos e Mythilene, ele foi recebido por toda a população sob o tinir de todos os sinos de todas as igrejas, como se ele fosse um ser sobrenatural! De outras delegações tenho lido relatos igualmente comoventes.

O Comité Internacional da Cruz Vermelha envia cidadãos suíços em Missões especiais à países em guerra por todo o mundo para casos especialmente difíceis, ou onde os poderes dos delegados não são suficientes.

Quanto sacrificio dignificante causado pela própria humanidade em fase de auto-destruição!

Termino minha palestra com palavras de elevados conceitos do Prof. Max Huber:

"Agir em silêncio! Ação em vez de palavras! E quando pararmos a obra, deverá ser porquê não te-

remos outra alternativa. Deveremos ir e iremos avante até que toda oportunidade esteja esgotada, e, quando tivermos aguentado firme até este final, teremos simplesmente feito o nosso dever e nada mais!"

## Outras Sociedades

**Biblioteca Municipal**, sessão de 3 de agosto, ordem do dia: Hormônios, vitamina B<sub>1</sub> e crescimento de vegetais — Dr. Juvenal Ricardo Meyer.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 8 de agosto, ordem do dia: Organização do serviço de profilaxia de tracoma em São Paulo — Dr. Silvio de Almeida Toledo.

**Instituto Biológico**, sessão de 4 de agosto, ordem do dia: Doença de Johns e Lepra — Dr. N. Planet; Aspectos da descoberta da penicilina — Prof. H. da Rocha Lima; Etiologia da tristeza dos citrus — Dr. A. Bitencourt.

**Sociedade de Biologia de São Paulo**, sessão de 8 de agosto, ordem do dia: Nova formula para calcular o grau de mistura radical — Dr. F. Ottensooser.

**Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo**, sessão de 28 de julho, ordem do dia: Gastrite — Dr. Constantino Mignoni e Prof. Eduardo Monteiro.

Sessão de 2 de agosto, ordem do dia: Cancer gástrico — Drs. C. Mignoni e J. Moretzsohn de Castro.

Sessão de 7 de agosto, ordem do dia: Desintéria bacilar e amebiana — Drs. C. Mignoni e Oscar M. de Barros.

Sessão de 9 de agosto, ordem do dia: Cancer do reto — Drs. C. Mignoni e Prof. Eurico da Silva Bastos.

Sessão de 29 de agosto, ordem do dia: Estreitamento do reto — Drs. C. Mignoni e Edison de Oliveira.

Sessão de 30 de agosto, ordem do dia: Tuberculose intestinal — Dr. C. Mignoni e Prof. Jairo de Almeida Ramos.

**Sociedade Médica São Jorge**, sessão de 3 de agosto, ordem do dia: Vitaminoterapia nas estomatites ulcerosas e gangrenosas (acido nicotínico) — Dr. Antonio P. Corrêa; Considerações fisiopatológicas e terapêuticas do edema agudo do pulmão — Dr. Aymoré Samuel Costa; Classificação e estudo atual do tratamento dos tumores malignos do ovário — Dr. José Galucci.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, sessão de 17 de julho, ordem do dia: Um caso de leishmaniose tipo sarcoide (primeiro caso brasileiro) — Dr. José Alcantara Madeira; Fistulas do dorso nasal — Dr. Pedro Falcão.

Sessão de 1 de agosto, ordem do dia: O problema da pelagra no Brasil — Prof. Aluizio Marques; Clínica e Radiologia do cancer bronco-pulmonar — Dr. Marco Antonio Nogueira Cardoso.

**Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, sessão de 14 de agosto, ordem do dia: Imutabilidade das Impressões Digitais — Dr. João Paulo B. Vieira; Necrológico da Exma. Snra. Dna. Anita Costa, e do eminente jurista patricio, Clovis Bevilacqua — Dr. Walter Pereira de Queiroz.

**Sociedade Paulista de História da Medicina**, sessão de 17 de junho, ordem do dia: Elogio fúnebre do Prof. Ascendrio Angelo dos Reis — Dr. José Marcondes do Nascimento; História da endocrinologia — Prof. Gonzalez Torres.

**Sociedade do Serviço do Prof. Celestino Bourroul**, sessão de 20 de julho, ordem do dia: Alergia e imunidade na tuberculose — Dr. Febus Gikovate.

## LITERATURA MÉDICA

### Livros recebidos

**Deficiências nutritivas** (diagnóstico y tratamiento) — John Youmans, 1.<sup>a</sup> edição espanhola de Salvat (Lavalle, 371), Buenos Aires, 1943.

Este livro visa concatenar de um modo tão prático e preciso como proveitoso todos os trabalhos dispersos sobre as manifestações clínicas das deficiências alimentares, seu diagnóstico e tratamento afim de que tais conhecimentos possam ser aplicados com critério na clínica das moléstias de carência. Embora as vitaminas ocupem a maior parte do livro, outros fatores essencialmente alimentares cujas deficiências desencadeiam sintomas perfeitamente apreciáveis foram incluídos no texto, com o carinho que merecem. Os sintomas clínicos das doenças carenciais, sua etiologia, patogenia e diagnóstico são expostos com clareza e método. A sua prevenção é posta em destaque, sendo enumerada as medidas aconselháveis. O seu tratamento merece especial atenção. Em apêndice, o livro inclui taboas resumidas sobre o que é cada vitamina, sobre as principais fontes dietéticas dos fatores alimentícios essenciais e sobre o diagnóstico das moléstias carenciais pelos métodos de laboratório, com especificação das técnicas aconselháveis. O volume contém mais de 350 páginas.

**La patologia médica y quirúrgica del diafragma** — Alberto Villa-

mil, Editorial "El Ateneo" (Florida, 340), Buenos Aires, 1944.

O presente livro veio preencher uma lacuna: não existia um volume dedicado aos aspectos clínicos do diafragma, cuja patologia se acha descrita em trabalhos dispersos, sem que até hoje se tivesse tentado uma visão de conjunto. O A. reuniu em um só volume os conhecimentos atuais sobre o diafragma, começando por fazer uma resenha embriológica, anatômica e fisiológica, para depois de ocupar da semiologia, entrando então na exposição da patologia médica e cirúrgica desse importante septo. Cada afecção merece detalhada descrição seguida de orientação e técnica da terapêutica. O livro contém valiosa documentação pessoal e algumas figuras reproduzidas. O volume é formado de um total de quasi 350 páginas.

**La Angina de Pecho** — Francisco de A. Estapé, Salvat (Lavalle, 371), Buenos Aires, 1943.

Com a finalidade de localizar o estado atual do problema da angina de peito na Clínica, o A., que é chefe de serviço do afamado Hospital Santa Cruz e São Paulo de Barcelona e professor da Faculdade de Medicina, escreveu esta monografia para a excelente série de Manuais de Medicina Prática, que a editora Salvat vem publicando com grande sucesso. O presente volume é um verdadeiro tratado sobre o assunto: desde o conceito da moléstia, com as va-



riações que sofrem no transcurso dos tempos — dois séculos de estudos e discussões — até os mais modernos conhecimentos à luz da electrocardiografia e das tentativas cirúrgicas são expostos com detalhe e criticados com minúcia. Todos os problemas concernentes ao assunto são, enfim, encarados sob um prisma prático, com base numa experiência pessoal de mais de seis lustros. Só a parte de tratamento ocupa 70 páginas. O livro contém 105 figuras, algumas das quais a cores.

**Diagnostico y tratamiento de la úlcera gastroduodenal** — Justo Caballero Fernández, Compania General Editora (av. Hidalgo, 11), México, 1944.

Fazendo parte das "Monografías Médicas Balmis", manuais de pequeno formato, de fácil consulta, expando o estado de palpitantes questões — apareceu agora este volume, o 10.º da série, dedicado ao conhecimento das úlceras do estômago e do duodeno. A primeira parte refere-se ao diagnóstico e estuda com detalhe os característicos clínicos, desprezando a questão da localização da úlcera. Na 2.ª parte, referente ao tratamento, discute as questões de dietética de medicação, dizendo, com Gallart, que a gastrectomia não é mais do que a solução do fracasso. Descreve técnicas cirúrgicas, dizendo que a gastrectomia era teoricamente operação ideal. Mas descrição que faz das intervenções cirúrgicas se refere a técnicas inferiores às por nós usadas em São Paulo. O volume contém cerca de 200 páginas, com algumas ilustrações, custando \$6,00 em moeda mexicana.

**Tratado de Histologia y anatomia microscópica del hombre** — Philipp Stöhr, 2.ª edição espanhola da 24.ª alemã, Salvat (Lavallo, 371), Buenos Aires, 1943.

O livro clássico de Stöhr, que mereceu 24 edições na Alemanha, aparece em 2.ª edição espanhola, destinada, como a anterior, a ser

rapidamente exgotada. Concebida à luz de largo traquejo, ilustrada até à particularidade de cada detalhe, é uma obra que ensina o principiante, orienta o iniciado e é fonte de consulta para todo médico. Dedicase em sua maior parte à micromorfologia descritiva e só ligeiramente se serve de fatos experimentais embriológicos e comparados para a melhor compreensão dos ensinamentos descritos. Os clichés foram reproduzidos com fidelidade, havendo junto a cada figura colorida a indicação da técnica de coloração para a visibilidade do preparado. A obra é fartamente ilustrada, pois em 608 páginas existem 496 figuras, em grande parte a cores. O trabalho tipográfico é de primeira ordem, como costumam ser os da Salvat.

**Compendio practico de la enfermedad de Hodgkin** — N. Puent Duany, Editor Sanchez Veloso (Apartado, 113), Habana, 1936.

Entre a serie de interessantes e valiosas monografias publicadas pelo prof. Duany e relacionadas com problemas do Cancer ou Correlatos, figura esta sobre a discutida moléstia de Hodgkin. É um estudo detalhado do assunto, contendo uma longa lista bibliográfica, por ano, desde a publicação original em 1932 até as então mais recentes contribuições. Os vários aspectos do assunto são discutidos com minúcia. O livro contém 164 páginas com 64 ilustrações originais e reproduzidas. É um repositório completo de conhecimentos sobre a moléstia de Hodgkin, merecedor de ser compulsado por todos os que se interessarem pelo assunto.

**Sistema nervioso y apaiato digestivo** — Fidel Fernández Martínez, Salvat (Lavallo, 371), Buenos Aires, 1943.

Eis um tema que interessa a um grande número de médicos. Não só isso, porém, está fazendo o sucesso do livro, mas também o facto de ter sido escrito por Fidel

Fernán  
da es  
Grana  
letras  
vidido  
a: tra  
digesti  
o ente  
lo, o  
a psic  
queca

Hip  
traum  
Revis  
reiro

Tra  
da ú  
turnir  
tal",

Co  
Kruk  
Fran  
Paulo

A  
dos  
oleat  
nolea  
co,  
Paulo

A  
ença  
rurg  
Mac  
ro 1

O  
tam  
quív  
Oria  
abri

Bibi  
192

Ped  
den  
val  
194

I  
on  
M.



Fernández, conhecido orientador da escola gastroenterológica de Granada e festejado homem de letras da Espanha. O livro é dividido em 9 capítulos, referentes a: transtornos nervosos do tubo digestivo, as neurôses gástricas, o enterismo, as disfunções do colo, o fígado e o sistema nervoso, a psicologia do biliar, a enxaqueca e a hemicránia, a vertigem

e o aparelho digestivo e psicopatias. Como se vê, o A. aborda assuntos de alta relevância e os discute com a alta proficiência que todos lhe reconhecem. O volume contém 120 páginas e faz parte dos Manuais de Medicina Prática editados pela Salvat, sendo uma homenagem póstuma ao conceituado professor de Granada, recentemente falecido.

## Separatas e folhetos recebidos

**Hipertireoidismo e sífilis em traumatologia** — Otavio Caputti, Revista Médica Brasileira, fevereiro 1943.

**Tratamento das complicações da úlcera gastro-duodenal** — Saturnino Cintra Franco, "O Hospital", Rio de Janeiro, março 1944.

**Conceito atual do tumor de Krukenberg** — Saturnino Cintra Franco, Revista de Cirurgia de S. Paulo, julho-outubro 1942.

**A esclerose das veias varicosas dos membros inferiores com o oleato de monoetanolamina (monoleato)** — Saturnino Cintra Franco, Arquivos de Biologia, São Paulo, maio-junho 1944.

**A propósito de um caso de Doença de Köhler** — Medicina, Cirurgia, Pharmacia, Jorge Ferreira Machado, Rio de Janeiro, fevereiro 1942.

**O Bisulfato de Quinina no tratamento local do tracoma** — Arquivos Brasileiros de Oftalmologia, Orlando Aprigliano, São Paulo, abril 1944.

**Bibliografia de Carlos Rusconi** — 1927-1937.

**Pedro Chutro — 880-1937**, Academia Argentina de Cirurgia, Osvaldo F. Mazzini, Buenos Aires, 1944.

**Report of the baruch committee on physical medicine** — Bernard M. Baruch — abril 1944.

**La prueba intradérmica del Gi-roud en la infección tifoexantemática** — O. Clavero y F. Pérez Gallardo, Instituto Nacional de Sanidade, Madrid, dezembro 1942.

**Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**, Franklin A. de Moura Campos, São Paulo Médico, maio 1944.

**Relatório de estudos sobre nutrição, realizados sob os auspícios dos "Fundos Universitários de Pesquisas para a Defesa Nacional"** — F. A. de Moura Campos, São Paulo Médico, maio 1944.

**Atelectasia pulmonar massiça após toracoplastia** — Revista Paulista de Tisiologia, Octavio Nebias e Manuel Puerta Jr., março e abril 1944.

**Cronocinegrafia radiológica** — José Moretzsohn de Castro; **Contribuição da cine-radiografia ao estudo da fisio-radiologia do intestino delgado** — José Moretzsohn de Castro e José Fernandes Pontes; **Contribuição da cine-radiografia ao estudo das perturbações funcionais da deglutição** — José Moretzsohn de Castro e Plínio de Mattos Barreto, Revista Brasileira de Cirurgia, fevereiro de 1944.

**Relatório do ano de 1942 apresentado à mesa conjunta da Santa Casa** — Antonio de Padua Sales, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 1943.

**Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo**, relatório anual da presidência, 1943-1944.

**Catalogo Geral dos Periódicos existentes na biblioteca do Departamento de Profilaxia da lepra do**

**Estado de São Paulo-Brasil**, Revista Brasileira de Leprologia de São Paulo, XII, junho 1944.

**Caixa Beneficente da Associação Brasileira de Farmacêuticos**, relatório do ano de 1943, Rio de Janeiro 1944.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, II, 239-358, setembro, 1944. — Higiene mental de guerra — Durval Marcondes; Leucotomia pré-frontal a Egas Moniz — Antonio Carlos Barreto; Síndromes vasculares do tronco encefálico — Osvaldo Freitas Julião e R. Malaragno Filho; Hemiparesia esquerda consecutiva a espezonhamento por Bothriops Jararacussú — Napoleão Teixeira; Seminoma em testículo actópico invadindo o canal vertebral. Síndrome de lesão dos plexos lombar e sacro — Oswaldo Lange e José Mario Taques Bitencourt.

**Nerônio**, V, 3-30, julho, 1944. — Psiquiatria de Guerra — J. Carvalho Ribas.

**Publicações Médicas**, CXLV, 3-60, maio, 1944. O problema terapêutico dos cálculos biliares — Felício Cintra do Prado; O acetylsan no tratamento da sífilis congênita — Alfredo Pujol Filho; Síndrome ásfixica mecânica — Alípio Pernet.

**Resenha Clinico-Científica**, XIII, 267-302, 1.º de julho, 1944. — A refrigeração em cirurgia — Frederick M. Allen e Lyman Weeks Crossman; Anestesia pela refrigeração nas osteomielites — Daher E. Cutait e Fabio dos Santos Muroop; Diagnóstico diferencial da doença de Chagas — Oscar Versiani; A luta contra o pênfigo e seus resultados — José Aranha Campos.

118)

**Revista Brasileira de Leprologia**, XII, 99-198, junho, 1944. — Patogenia do mal perfurante plantar — Lineu M. Silveira; Anetoderma de Schwinger-Buzzi em caso lepromatoso — A. Rotberg.

**Revista Clínica de São Paulo**, XV, 127-158, maio, 1944. — Observações sobre o poder antihelmíntico do hexilresorcinol — Waldemar Sacramento, Paschoal Gayotto e Wilson Brotto.

**Revista de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo**, VI, 325-388, fevereiro-abril, 1944. — Tratamento das Hérnias Genitais — Sylla O. Mattos e Carlos da Silva Mello; Hipoplasia Uterina — Claudio Goulart de Andrade; Fernando Magalhães — Alvaro Guimarães Filho.

**Revista Paulista de Medicina**, XXIV, 271-317, maio, 1944. — Internações por alcoolismo — Virgílio de Camargo Pacheco e Maurício do Amaral; Procidentias dos membros como causa de distócia no trabalho do parto — Fuad Ferreira; Alergia na lepra — Abraham Rotberg; Processos agudos das vias aerodigestivas superiores em tempo de guerra — J. E. Paula Assis; Anestesia pela refrigeração — Técnica, indicações e resultados — Daher E. Cutait; Contribuição ao estudo da Natremia e da Calemia na malária induzida artificial (plasmodium vivax) — Atilio Zelante Flosi e Silvio J. Grieco; Contribuição ao es-

tudo do "Princípio Anti-Necrótico do fígado" — Paulo P. Correia, Paulo de Queiroz Rocha e Luiz Dias de Andrade.

São Paulo Médico, XVII, 5-84, junho, 1944. — Dermatite alérgica, fitógena, provocada pela *Lithraea Brasiliensis*, March — Napoleão L. Teixeira. Da melhor

técnica para a prova de Weber em exame de audição pelo método de lateralização oposta complementar — Orozimbo Corrêa Netto.

Therapia, VI, 3-64, abril-junho, 1944. — A estimulação citotóxica das funções do sistema fisiológico do tecido conjuntivo — A. A. Bogomolets.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Distinções

**Direção do Hospital de Doenças Tropicais.** — O dr. João Alves Meira, ilustre clínico e uma das figuras mais destacadas da nova geração médica paulista, acaba de ser distinguido com a sua nomeação para dirigir o Hospital de Doenças Tropicais e Infectuosas em Belem, no Pará.

Muito acertada essa escolha, pois que se trata de uma autoridade na especialidade, sendo livre docente dessa matéria na Faculdade de Medicina de São Paulo, após memorável concurso, onde fez larga demonstração de sua invulgar cultura científica.

Além da parte que se refere à organização hospitalar, sua missão se prende ao ensino e treinamento dos médicos do serviço e ao estudo e pesquisas das doenças regionais em que se acha interessado o serviço.

O dr. João Alves Meira já seguiu para Belem do Pará.

**Médicos paulistas homenageados pela Sociedade Argentina de Protologia.** — Realizou-se no dia 29 de julho, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia, uma reunião da Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de S. Paulo, e na qual o sr. Adolfo Dujovich, cirurgião e protólogo argentino, fez entrega dos diplomas de sócios correspondentes estrangeiros da

Sociedade Argentina de Protologia aos médicos paulistas srs. Edison de Oliveira e Raul Ribeiro da Silva.

Aberta a sessão pelo prof. Moura Campos, o presidente, após breve saudação, deu a palavra ao médico argentino, sr. Adolfo Dujovich. Este, falando em nome da Sociedade Argentina de Protologia, declarou que os diplomas de sócios dessa instituição conferidos aos srs. Edison de Oliveira e Raul Ribeiro da Silva, são uma prova do valor científico dos dois médicos especialistas em Protologia, que é uma das mais novas especialidades médicas. A Protologia brasileira tem tido um grande desenvolvimento nestes últimos anos, sendo os seus mestres conhecidos e acatados na Argentina. Falou, a seguir, da confraternidade argentino-brasileiro que atualmente é muito grande, principalmente entre os médicos.

A seguir fez a entrega dos diplomas aos homenageados, declarando que eram conferidos em virtude dos trabalhos científicos publicados pelos srs. Edison de Oliveira e Raul Ribeiro da Silva.

O sr. Raul Ribeiro da Silva em rápidas palavras agradeceu em seu nome e no do sr. Edison de Oliveira a homenagem a eles prestada pela Sociedade Argentina de Protologia.

## Sociedade Brasileira de Cardiologia

**Nova Diretoria.** — Realizou-se recentemente a eleição da nova diretoria dessa Sociedade, que ficou assim constituída:

Presidente: Dr. Dante Pazzane-  
ne; Vice-Presidente: Dr. Adriano

Pondé; Secretário Geral: Dr. José de Proença Pinto de Moura; Sub-Secretário: Dr. A. A. Vilela; Tesoureiro: Dr. Mário Sales; Diretor dos Arquivos de Cardiologia: Dr. L. Mendonça de Barros.

## Sociedade Paulista de Leprologia

**Homenagem prestada ao Dr. Francisco de Sales Gomes Junior** — Promovida pela Sociedade Paulista de Leprologia, realizou-se no dia 13 de agosto, no Clube Commercial, uma homenagem ao dr. Francisco de Sales Gomes Junior, seu presidente honorário e nome sobremaneira conhecido no Brasil, dado o grande trabalho que levou a efeito como principal figura na campanha de profilaxia da lepra. Realmente, desde 1933, ano em que foi chamado oficialmente pa-

ra aquela campanha, S. S. dedicou-se no estudo do problema que, afinal, encontrou solução com os diversos Asilos-Colônia que hoje se encontram instalados em algumas regiões do Estado.

A sobremesa, o dr. Humberto Pascale, médico chefe do Serviço do Interior, ofereceu o almoço ao dr. Sales Gomes Júnior.

Em seguida, falou o orador da Sociedade Paulista de Leprologia, dr. Renato Braga.

### LABORATORIO KALMO

*Secção industrial de* VICENTE AMATO SOBRINHO & CIA.

SÃO PAULO

PRINCIPIO ANTITÓXICO DO FÍGADO, SEGUNDO O MÉTODO DE FORBES

# HEPACRITAN COFA

CADA AMPOLA DE 1 cc. CONTEM 1 UNIDADE RATO

USO INTRAMUSCULAR

MOLESTIAS HEPATICAS — INTOXICAÇÕES. EXOGENAS E ENDOGENAS — ESTADOS ALÉRGICOS — PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA INTOLERANCIA PELAS SULFANILAMIDAS E PELOS ARSENOBENZÓIS — UREMIA E TOXIEMIA GRAVIDICA — TRATAMENTOS PRE' E POST-OPERATORIOS

